T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN STRES İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN STRES İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kâmil Nahit Özmenler

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2025

TEŞEKKÜR

Psikiyatri ihtisasıma başladığım ilk günden itibaren bilgi ve deneyimlerini bizlerle cömertçe paylaşan, tıp bilgisi ve hekimlik duruşlarıyla bizlere örnek olan, akademik ve mesleki gelişimimize verdikleri desteklerle bizleri her zaman ileriye taşıyan, başta değerli anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. Kâmil Nahit ÖZMENLER olmak üzere; kıymetli hocalarım Prof. Dr. Özcan UZUN, Prof. Dr. Sinan YETKİN, Prof. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK, Doç. Dr. Bülent Devrim AKÇAY, Doç. Dr. Seçil ÖZEN ve Doç. Dr. Taner ÖZNUR'a sonsuz teşekkür ederim.

Rotasyonlarım süresince eğitimime değerli katkılarda bulunan, başta Prof. Dr. Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU olmak üzere tüm kıymetli hocalarıma ve hekim arkadaşlarıma minnettarım.

Mesleki yolculuğum boyunca bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşarak gelişimimize katkı sağlayan, her daim desteğini hissettiren kıymetli uzman hekimlerimize, birlikte çalışma ayrıcalığını yaşadığım, dostluklarıyla bu süreci anlamlı kılan tüm asistan arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Kliniğimizin vazgeçilmezleri, özverili çalışmaları ile yanımızda olan değerli psikologlarımıza, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve tüm hastane personelimize şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her anında, koşulsuz sevgileriyle beni sarıp sarmalayan, en büyük destekçim, en kıymetli varlığım olan aileme bana kattıkları her şey için sonsuz teşekkür ederim.

Ve en büyük minnetim, bağımsız bir birey, özgür bir kadın ve bir hekim olarak mesleğimi icra edebilmemi sağlayan, fikirleriyle yolumuzu aydınlatan, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu, büyük önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'edir.

Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR v
TABLO LİSTESİ vi
GRAFİK LİSTESİ viii
ÖZET ix
ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK 3
2.1.1. Tanım 3
2.1.2. Tarihçe 3
2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma 5
2.1.4. Epidemiyoloji 6
2.1.5. Etiyoloji 7
2.1.6. Klinik Özellikler 11
2.1.7. Tedavi 12
2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İçgörü 13
2.2. PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR 14
2.2.1. Tanım 14
2.2.2. Psikoz Sürekliliği Kavramı 15
2.2.3. Psikoz Benzeri Yaşantıların Etiyolojisi 16
2.2.4. Psikoz Benzeri Yaşantıların Epidemiyolojisi 17
2.2.5. Psikoz Benzeri Yaşantıların Diğer Psikopatolojilerle İlişkisi 19
2.2.6. OKB ve Psikoz Benzeri Yaşantılar 20
2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN STRES 23
2.3.1. Tanım ve Sınıflandırma 23
2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Başa Çıkma ve Algılanan Stres 25
2.3.3. Psikoz Benzeri Yaşantılar ile Başa Çıkma ve Algılanan Stres İlişkisi 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. ÖRNEKLEM 27

3.2. ETİK KURUL ONAYI 28
3.3. PROSEDÜR 28
3.4. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI 31
3.4.1. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) 31
3.4.2. Sosyodemografik Veri Toplama Formu 31
3.4.3. Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ) 31
3.4.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) 32
3.4.5. Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10) 34
3.4.6. Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) 35
3.4.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 35
3.4.8. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) 36
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME 36
4. BULGULAR 37
4.1. OKB VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 37
4.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI 39
4.3. OKB VE KONTROL GRUBUNUN TOPLUMDA PSİŞİK YAŞANTILARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TPYÖ) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 41
4.4. OKB VE KONTROL GRUBUNUN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 45
4.5. OKB VE KONTROL GRUBUNUN ASÖ-10 PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 48
4.6. OKB GRUBUNDA TPYÖ PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ 48
4.7. OKB GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR İLE SÜREKLİ DEĞİŞKENLER (YAŞ, EĞİTİM DÜZEYİ, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, ALGILANAN STRES, HASTALIK ŞİDDETİ, İÇGÖRÜDE BOZULMA, DEPRESYON, ANKSİYETE)

ARASINDAKİ İLİŞKİ 49
4.8. REGRESYON ANALİZLERİ 50
4.9. ARACILIK ANALİZLERİ 55
5. TARTIŞMA 57
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 71
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 72
7. KAYNAKLAR 74
8. ÖZGEÇMİŞ 90
9. EKLER 91
EK–1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ 91
EK-2: SUAM BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU VE EĞİTİM PLANLAMA KURULU ONAYI 92
EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ 93
EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 95
EK-5: SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU 98
EK-6: TOPLUMDA PSİŞİK YAŞANTILARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CAPE-TPYÖ) 100
EK-7: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE) 103
EK-8: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ-10 (ASÖ-10) 107
EK-9: YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YBOKÖ) 108
EK-10: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D) 117
EK-11: HAMİLTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A) 119

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HTTLPR	5-Hydroxytryptamine (Serotonin)-Transporter- Linked Polymorphic Region
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
CAPE	Community Assessment of Psychic Experiences
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COMT	Catechol-O-Methyltransferase
COPE	Coping Orientation to Problems Experienced, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
CSTC	Cortico-Striato-Thalamo-Cortical
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EPK	Eğitim Planlama Kurulu
HTR2A	Hydroxytryptamine (Serotonin) Receptor 2A
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PDI	Peters Delusion Inventory
SCID-5-CV	Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version, DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSGİ	Seçici serotonin geri alım inhibitörü
TPYÖ	Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği
UHR	Ultra High Risk

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5'e Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri 5
Tablo 2.2. ICD-10'a Göre OKB Tanı Kriterleri..... 6
Tablo 2.3. ICD-10'da OKB ile İlgili Alt Başlıklar..... 6
Tablo 4.1. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri..... 38
Tablo 4.2. OKB Grubunun Klinik Özellikleri..... 39
Tablo 4.3. OKB Grubunun YBOKÖ Puanları 40
Tablo 4.4. OKB Grubunun HAM-D ve HAM-A Puanları..... 41
Tablo 4.5. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Sıklık Puanlarının Karşılaştırılması 42
Tablo 4.6. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Boyutlarının Kategorik Olarak Değerlendirilmesi..... 43
Tablo 4.7. OKB ve Kontrol Grubunun Psikoz Benzeri Yaşantı Sayıları Açısından Karşılaştırılması..... 44
Tablo 4.8. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Belirttiği Pozitif Psikoz Benzeri Yaşantı Türlerinin Karşılaştırılması..... 45
Tablo 4.9. OKB ve Kontrol Grubunun COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma, COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması..... 46
Tablo 4.10. OKB ve Kontrol Grubunun Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 47
Tablo 4.11. OKB ve Kontrol Grubunun ASÖ-10 Puanlarının Karşılaştırılması 48
Tablo 4.12. OKB Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile TPYÖ-Pozitif Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... 48
Tablo 4.13. OKB Grubunda Sürekli Değişkenler (Yaş, Eğitim Düzeyi, COPE, ASÖ-10, YBOKÖ, HAM-D, Ham-A Puanları) ile TPYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler..... 50
Tablo 4.14. TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları..... 51

Tablo 4.15. TPYÖ-Negatif boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 53
Tablo 4.16. TPYÖ-Depresif Boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları 54
Tablo 4.17. OKB Olgularının TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Hamilton Depresyon Puanlarının Aracılık Etkisi 55
Tablo 4.18. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Hamilton Anksiyete Puanlarının Aracılık Etkisi..... 55
Tablo 4.19. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide YBOKÖ İçgörü Puanlarının Aracılık Etkisi..... 56
Tablo 4.20. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE- Sorun Odaklı Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi 56
Tablo 4.21. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE- Duygusal Odaklı Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi 56
Tablo 4.22. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi..... 56
Tablo 4.23. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide ASÖ-10 Toplam Puanlarının Aracılık Etkisi..... 56

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin TPYÖ Sıklık Puanları..... 42
Grafik 4.2. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin COPE Puanları 46
Grafik 4.3. OKB Grubunda YBOKÖ-Obsesyon Puanları ile TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği..... 52
Grafik 4.4. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Pozitif Psikotik Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği 52
Grafik 4.5. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Negatif Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği 53
Grafik 4.6. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Depresif Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği 54

ÖZET

Ezgi TÜRKOĞLU KARAKAŞ, Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres ile İlişkisinin İncelenmesi. Ankara, 2025.

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); sık görülen, bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkileyen, işlevsellikte bozulmaya sebep olan psikiyatrik bir hastalık tablosudur. OKB'nin, diğer ruhsal hastalıklara göre psikozla daha güçlü bir bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, psikotik belirtilerin klinik düzeye ulaşmayan eşik altı formları olarak tanımlanan psikoz benzeri yaşantılar (PBY), OKB'de çeşitli klinik faktörlerle ilişkili olabilecek önemli bir fenomen olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, OKB tanılı olguların PBY, başa çıkma tutumları ve algılanan stres seviyeleri açısından sağlıklı bireylerle karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Ayrıca, OKB olgularında PBY'lerin; başa çıkma tutumları, algılanan stres düzeyi, depresyon, anksiyete, hastalık şiddeti ve içgörüde bozulma düzeyi gibi klinik faktörlerle ilişkisi incelenecektir. Bununla birlikte, PBY'leri açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu ve PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide hangi faktörlerin aracılık rolü üstlendiği araştırılacaktır. Bu kapsamda, OKB hastalarında PBY'lerin ortaya çıkmasına katkıda bulunan klinik ve sosyodemografik faktörler ele alınacaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, DSM-5'e göre OKB tanı kriterlerini karşılayan 44 hasta ve 44 sağlıklı birey katılmıştır. Katılımcıların tümüyle klinik görüşme yapılmıştır. OKB grubuna; Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna; Sosyodemografik Veri Toplama Formu, TPYÖ, COPE ve ASÖ-10 uygulanmıştır. İçgörü düzeyi, YBOKÖ'nün 11. maddesi ile değerlendirilmiştir. OKB ve sağlıklı kontrol grubu; sosyodemografik veriler, TPYÖ, COPE ve ASÖ-10 puanları açısından karşılaştırılmıştır. OKB grubunda; YBOKÖ,

TPYÖ, COPE, ASÖ-10, HAM-D ve HAM-A puanları arasında korelasyon analizleri yapılmıştır. OKB grubunda TPYÖ puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu çok değişkenli lineer regresyon analizi ile; TPYÖ pozitif boyut puanları ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide hangi değişkenlerin aracılık rolü olduğu ise Hayes Proses yöntemi ile mediatör analizi yapılarak incelenmiştir.

Bulgular: OKB grubunda; TPYÖ'nün pozitif, negatif ve depresif boyut puanları, COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma puanları, Algılanan Stres Ölçeği puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. OKB grubunda %84,1 oranında, sağlıklı kontrol grubunda ise %65,9 oranında en az bir pozitif PBY saptanmıştır.

TPYÖ-Pozitif boyut puanı ile COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Toplam, YBOKÖ-Obsesyon, içgörüde bozulma, HAM-D ve HAM-A toplam puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. TPYÖ-Negatif boyut puanı ile COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Toplam, YBOKÖ-Obsesyon ve HAM-D puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. TPYÖ-Depresif boyut puanları ile COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon, HAM-D ve HAM-A puanları arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Açıklayıcı değişkenlerle çoklu lineer regresyon analizi sonucunda; TPYÖ-Pozitif boyut puanları için belirleyici faktörlerin YBOKÖ-Obsesyon ve ASÖ-10 puanları olduğu saptanmıştır. TPYÖ-Negatif boyut puanları için belirleyici faktörün ASÖ-10 puanları olduğu; TPYÖ-Depresif boyut puanları için belirleyici faktörlerin ise ASÖ-10 ve HAM-D puanları olduğu gözlenmiştir.

Aracılık analizleri sonucunda; TPYÖ-Pozitif boyut puanları ile YBOKÖ-Toplam puanları arasındaki ilişkiye, HAM-D, HAM-A, ASÖ-10 ve COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma puanlarının kısmi aracılık etkisi olduğu; YBOKÖ-İçgörü, COPE-Sorun Odaklı ve COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma puanlarının ise aracı etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, OKB grubunun sağlıklı kontrol grubuna kıyasla; tüm PBY boyutlarında daha sık ve daha fazla sayıda psikoz benzeri yaşantı bildirdiği, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı ve algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. OKB grubunda; pozitif psikoz benzeri yaşantıların, işlevsel olmayan başa çıkma, algılanan stres, OKB hastalık şiddeti, içgörüde bozulma düzeyi, depresyon ve anksiyete düzeyiyle pozitif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Regresyon ve aracılık analizlerinin sonuçları; OKB olgularında hastalık şiddeti ve algılanan stres düzeylerinin doğrudan psikoz benzeri yaşantı sıklığı üzerinde etkili olduğunu, bununla birlikte başa çıkma tutumları, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de bu süreci şekillendiren önemli değişkenler olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular; OKB olgularında psikoz sürekliliğinin dinamiklerini, özellikle stres yönetimi, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve duygusal faktörler alanlarında hedefe yönelik müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Ek olarak; sağlıklı bireylerde de azımsanamayacak düzeyde PBY saptanmış olması, psikoz sürekliliği kavramını desteklemekte ve psikiyatride boyutsal yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, psikoz benzeri yaşantılar, başa çıkma tutumları, algılanan stres

ABSTRACT

Ezgi Türkoğlu Karakaş, Examining the Relationship Between Psychosis-Like Experiences with Coping Strategies and Perceived Stress in Patients Diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder. Ankara, 2025.

Objective: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common psychiatric condition that negatively affects individuals' daily lives and leads to impairment in functionality. OCD is thought to have a stronger connection with psychosis compared to other mental disorder. In this context, psychosis-like experiences (PLEs), which are defined as subthreshold forms of psychotic symptoms that do not reach clinical significance, are considered an important phenomenon in OCD that may be associated with various clinical factors. This study aims to compare PLEs, coping strategies, and perceived stress levels in individuals diagnosed with OCD and healthy controls. Additionally, the relationship between PLEs and clinical factors such as coping strategies, perceived stress level, depression, anxiety, OCD severity, and impaired insight in OCD cases will be examined. Furthermore, the study will investigate which variables play a role in explaining PLEs and which factors mediate the relationship between PLEs and OCD severity. In this context, clinical and sociodemographic factors contributing to the emergence of PLEs in OCD patients will be comprehensively analyzed.

Materials and Methods: The study included 44 patients diagnosed with OCD according to DSM-5 diagnostic criteria and 44 healthy individuals. A clinical interview was conducted with all participants. The OCD group was assessed using the Sociodemographic Data Form, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE), Coping Orientation to Problems Experienced (COPE), Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). The healthy control group completed the Sociodemographic Data Form, CAPE, COPE, and PSS-10. Insight levels were assessed using item 11 of the Y-BOCS. Sociodemographic variables, CAPE, COPE, and PSS-10 scores were compared between the OCD and healthy control groups. Correlation analyses were conducted

among Y-BOCS, CAPE, COPE, PSS-10, HAM-D, and HAM-A scores within the OCD group. Multiple linear regression analysis was used to identify predictors of CAPE scores. Furthermore, mediation analysis using the Hayes Process method was conducted to determine which variables mediate the relationship between CAPE scores and OCD severity.

Results: The CAPE positive, negative, and depressive subscale scores, COPE-maladaptive coping scores, and Perceived Stress Scale (PSS-10) scores were significantly higher in the OCD group compared to the healthy control group. At least one positive PLE was reported in 84.1% of OCD patients and 65.9% of healthy controls.

A positive correlation was found between CAPE-positive subscale scores and COPE-maladaptive coping, PSS-10, Y-BOCS total, Y-BOCS obsession, impaired insight, HAM-D, and HAM-A scores.

A positive correlation was also found between CAPE-negative subscale scores and COPE-maladaptive coping, PSS-10, Y-BOCS total, Y-BOCS obsession, and HAM-D scores.

Similarly, CAPE-depressive subscale scores showed a positive correlation with COPE-maladaptive coping, PSS-10, Y-BOCS obsession, HAM-D, and HAM-A scores.

In multiple linear regression analyses, it was determined that Y-BOCS obsession and PSS-10 scores were significant predictors of CAPE-positive subscale scores. PSS-10 scores were found to be the only significant predictor for CAPE-negative subscale scores, while HAM-D and PSS-10 scores were the significant predictors for CAPE-depressive subscale scores.

Mediation analyses revealed that HAM-D, HAM-A, PSS-10, and COPE-maladaptive coping scores partially mediated the relationship between CAPE-positive subscale scores and Y-BOCS total scores. However, Y-BOCS-insight, COPE-

problem-focused coping, and COPE-emotion-focused coping scores were not found to have a mediating effect.

Conclusion: This study found that, compared to the healthy control group, the OCD group reported more frequent and intense PLEs across all dimensions, used maladaptive coping strategies more frequently, and had higher perceived stress levels. In the OCD group, positive psychotic experiences were positively correlated with maladaptive coping, perceived stress, OCD severity, impaired insight, depression, and anxiety levels.

The results of the regression and mediation analyses suggest that OCD severity and perceived stress directly impact the intensity of PLEs, while coping strategies, anxiety, and depression levels play a significant role in shaping this process.

These findings highlight the importance of targeted interventions in stress management, coping strategies, and emotional regulation in understanding the dynamics of psychosis continuity in OCD patients. Additionally, the fact that a considerable proportion of healthy individuals also reported PLEs supports the concept of psychosis continuity and underscores the importance of a dimensional approach in understanding psychotic experiences.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, psychosis-like experiences, coping strategies, perceived stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoz benzeri yaşantılar (PBY); algısal anormallikler, sanrısal düşünceler gibi psikotik belirtilerin klinik düzeyde olmayan, eşik altı şekli olarak tanımlanmaktadır (1). Bunlar, birçok psikopatoloji içinde yer alan, işlevsellikte kötüleşmeye sebep olan ancak yeterince tanınmayan fenomenlerdir (2,3). Çalışmalar, hem psikotik bozukluklar dışındaki psikiyatrik hastalıklarda, hem de sağlıklı popülasyonda PBY varlığını bildirmektedir (4,5).Buna paralel olarak psikoz sürekliliği kavramı literatüre girmiştir (6). Psikoz sürekliliği kavramı, psikotik yaşantıların genel toplumda niceliksel olarak farklılaştığı ve bir dağılıma sahip olduğu görüşünü yansıtır (7). Genel popülasyonda PBY'lerin bir psikotik bozukluk geliştirme riski ile ilişkili olduğu saptanmış ve yıllık klinik psikoza dönüşüm riskinin PBY olanlarda olmayanlara göre 3,5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8).

OKB'nin diğer ruhsal hastalıklara göre psikozla daha güçlü bir bağlantısı olduğu düşünülmekte olup, kimi OKB hastalarının kliniği büyülü veya tuhaf düşüncelerle karakterizedir (9). Psikoz riski yüksek olan bireylerde, sağlıklı bireylere kıyasla artmış obsesif kompulsif belirtiler bulunduğu gösterilmiştir (10). Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikotik bozukluklar, biyolojik ve fenomenolojik açıdan bazı örtüşmeler sergiler (11). Ayrıca psikoz riski yüksek bireylerde başa çıkma yöntemleri üzerine yapılan araştırmalarda, bu bireylerin klinik olarak psikoz tanısı almış hastalarla benzer başa çıkma yolları kullandıkları ve sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla uyumsuz başa çıkma tutumlarına başvurdukları gösterilmiştir (12–15). Nesnel olarak düşük stres seviyesinde olan olayları yüksek stresli olarak algılayan bir birey, olaylara karşı daha az etkili başa çıkma tutumları sergileyebilir (16). Psikoz riski yüksek bireylerin günlük yaşamdaki stres faktörlerine karşı daha hassas olabilecekleri, psikotik deneyimlerin; algılanan stres ve stres hassasiyeti ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (17–19).

Bu bağlamda, mevcut çalışmanın amacı OKB tanısı almış hastalarda psikoz benzeri yaşantıların varlığını, bu yaşantıların başa çıkma tutumları, algılanan stres seviyeleri ve klinik değişkenler ile arasındaki ilişkiyi, PBY'leri açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğunu ve PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide

hangi faktörlerin aracılık rolü üstlendiğini araştırmaktır. Aynı zamanda, sağlıklı bireylerle karşılaştırılarak OKB tanılı hastaların psikoz benzeri yaşantılar, başa çıkma mekanizmaları ve stres algısı açısından nasıl farklılaştığının ortaya konması hedeflenmektedir.

Araştırma sonuçlarının, OKB tanısı almış bireylerin yaşadığı psikoz benzeri deneyimlerin, başa çıkma tutumlarının ve stres algılarının daha iyi anlaşılması; daha etkin destek ve tedavi seçenekleri sunulması amacıyla literatüre katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

Hipotezler

1) OKB tanılı hastalarda psikoz benzeri yaşantılar (PBY) ruhsal açıdan sağlıklı kontrollere göre daha fazladır.

2) OKB tanılı hastalar sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek algılanan stres düzeyine sahiptir ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha sık kullanmaktadır.

3) OKB olgularında görülen PBY'ler ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları, algılanan stres düzeyleri, OKB hastalık şiddeti, içgörüde bozulma düzeyi, depresyon ve anksiyete şiddetleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

4) PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide başa çıkma tutumları, algılanan stres düzeyi, depresyon, anksiyete ve içgörüde bozulma düzeyinin aracı etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB); obsesyon adı verilen, kişiye rahatsızlık veren, zorlayıcı, tekrarlayıcı, benliğe yabancı (ego distonik) düşünceler, dürtüler, imgeler ve/veya kompulsiyon adı verilen; çoğunlukla obsesyonlara bağlı oluşan rahatsızlığı gidermek amacıyla yapılan istem dışı, tekrarlayıcı davranışlar ile karakterize bir psikiyatrik rahatsızlık tablosudur (20). Obsesif fikirler ve kompulsif dürtüler/eylemler insan yaşamının bir parçasıdır. Eğer ki bunlar fazla yoğunlaşırsa, kaçınılmaz hal alırsa, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini bozacak seviyelere ulaşırsa o zaman bir bozukluk olarak bahsedilebilir (21).

Obsesyon; Latince "*obsidere''* kelimesinden köken alır. "*Obsidere''* kuşatılmak, zapt edilmek anlamlarına gelmekte ve kişinin zihin içeriğinden kendini kurtarmayı başaramamasını, zihin içeriğince ele geçirilmesini ifade etmektedir(22). Yaygın obsesyon örnekleri olarak; bulaş, zarar verme düşünceleri, dinsel veya cinsel içerikli obsesyonlar, simetri, sayma, sıralama ve biriktirme obsesyonlarından bahsedilebilir (23). Ritüel halindeki davranışları ya da zihinsel eylemleri içeren kompulsiyon kavramı ise Latince bir kelime olan "*compellere''* sözcüğünden köken almıştır ve köşeye sıkışmış, zorlanmış anlamına gelmektedir. Kompulsiyonların amacı, obsesyonun yol açtığı kaygıyı gidermek veya korkulan durumun gerçekleşmesini engellemektir. Kompulsiyonlar ya aşırı düzeydedir ya da korkulan durumlarla gerçekçi biçimde ilişkili değildir (22).

2.1.2. Tarihçe

Tarihi ve dini kaynaklarda OKB varlığının insanlık tarihiyle yaşıt olabileceğini düşündüren örnekler yer almaktadır(24). 19. yüzyılın başlarında bozukluk, tıbbın ilgi alanına girmeye başlamış ve obsesyon ile kompulsiyon kavramları literatürde ilk kez Esquirol tarafından tanımlanmıştır(25). Esquirol'un 1838'de yapmış olduğu

tanımlama; “Tekrarlayıcı veya inatçı düşünce, imge, duygu ya da eylemleri içeren, kişinin benliğine yabancı olarak kabul ettiği ve anormal olduğunu fark ettiği, karşı koyma ve zorlanma hissinin eşlik ettiği bir durumdur.” şeklindedir. Avrupa psikiyatrisinde uzun yıllar hâkim olan OKB sınıflandırması büyük ölçüde bu tanıma dayanmaktadır (26).

19. yüzyılda obsesyonlar ile paranoyanın birbiri ile yakın ilişkili olduğu, obsesyonların oluşmakta olan sanrılar olduğu, aşırı değer verilmiş düşünceler ve sanrılardan yalnızca derecesinin farklılığı ile ayrıldığı görüşleri öne sürülmüştür. Erken dönem araştırmacıların OKB’yi psikoz benzeri bir durum olarak değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. İtalyan psikiyatrist Morselli’nin “paranoia rudimentaire” isimlendirmesi, paranoya ile obsesyon arasında gördükleri yakın ilişkiye örnek verilebilir(27). 1875’te Legrand du Saule, obsesyonları içgörünün kaybolmadığı ve bazen psikotik belirtilerin de eşlik edebileceği sanrılar olarak değerlendirmiştir. 19. yüzyılda Fransa’da obsesyonları belirtmek için; "takıntılı düşünce, şüphe deliliği, sanrısız çılgınlık, mantıklı hezeyan, direnilemeyen düşünce, bilinçli sanrı, dokunma hezeyanı’’ gibi terimler kullanılmıştır. Obsesyon ve hezeyan kavramlarının farklı bozukluklar olarak ele alınmaya başlanması, 19. yüzyılın ilk yarısından sonra mümkün olmuştur.(25).

20. yüzyılın ilk dönemlerinde Fransız psikiyatrist Pierre Janet, obsesyon, kompulsiyon ve fobileri “psikasteni” adı altında tanımlamıştır. OKB’yi kuşku hastalığı şeklinde nitelendirmiş ve “obsesif kompulsif nevroz, anankastik nevroz” gibi tanımlamalar yapmıştır. Freud ise fobik nevrozla obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiş, obsesyonların libidinal ve saldırgan dürtülerden doğduğunu belirtmiştir. Bu dürtüler sonucu oluşan kaygının çeşitli savunma mekanizmaları ile giderilmeye çalıştığını ileri sürmüştür(28).

20.yüzyılda nörobiyolojik çalışmaların artması ile OKB’nin çeşitli biyolojik mekanizmalarla ilişkili bir nöropsikiyatrik hastalık olarak değerlendirilebileceği ve Tourette sendromu, epilepsi, bellek bozuklukları vb. nörolojik bozukluklar ile ilişkili olabileceği yönünde gözlemler yapılmıştır. Bunların neticesinde 1990’lı yıllarda “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar’’ tanımı kullanılmıştır (29).

2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma

1980'de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) 3. baskısında OKB, yapılandırılmış sınıflamalara dahil edilmiştir(30). DSM-4 ve DSM-4-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında değerlendirilmiş, semptom örüntüsü, içgörü gibi alanlarda daha net tanımlamalar yapılmıştır(31). DSM-5'te farklılıkları nedeniyle anksiyete bozuklukları grubundan çıkarılarak "OKB ve İlişkili Bozukluklar" adlı ayrı bir bölümde tanımlanmıştır. Tablo 2.1'de OKB'nin DSM-5 tanı kriterleri verilmiştir (32).

Tablo 2.1. DSM-5'e Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı: Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır: 1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler. 2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları baka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyonu yerine getirerek) girişimlerinde bulunur. Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır: 1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar ya da zihinsel eylemler 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir. B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örneğin; günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da o önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. C. Obsesyon – kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Varsa belirtiniz: •İç görüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır. •İç görüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür. •İç görüsü yok/sanrısal inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır. Varsa belirtiniz: •Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır

OKB, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon (ICD-10) içinde F-42 kodu ile "Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Tablo 2.2'de ICD-10'a göre OKB tanı kriterleri ve Tablo 2.3'te OKB ile ilgili alt başlıklar verilmiştir (33).

Tablo 2.2. ICD-10'a Göre OKB Tanı Kriterleri

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır: A- Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar. B- Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir. C- Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da anksiyetenin giderilmesi söz konusudur). D- Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

Tablo 2.3. ICD-10'da OKB ile İlgili Alt Başlıklar

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.4. Epidemiyoloji

OKB, genel popülasyonun %1-3'ünü etkilemekte olan yaygın ruhsal rahatsızlıklardan biridir(34). Klinik belirtilerin çeşitliliği, bazı bireylerin damgalanma korkusuyla veya semptomlarının hafif olması nedeniyle tıbbi yardım aramaktan kaçınmaları, kişi tarafından tanımlanmadıkça ve bir şikâyet olarak getirilmedikçe tanınmasının güç olması ve konuyla ilgili yeterli çalışmaların eksikliği gibi etkenler, OKB'nin sıklık ve yaygınlığını belirlemeyi zorlaştırmıştır(24). 1980'lerde ABD'de yapılan bir tarama çalışmasında yaşam boyu prevalans %1,9-3,3 bulunmuştur(35). Ülkeden ülkeye yaygınlık değişmektedir. Türkiye'de yaşam boyu prevalansı %2,5-6,2 ve 12 aylık prevalansı ise %0,5-5,6 olarak saptanmıştır(36). OKB'nin erişkinlikte her

iki cinsiyette benzer oranlarda görüldüğü, ancak tedavi arayışının kadın cinsiyette daha fazla olduğu bildirilmiştir (37).

2.1.5. Etiyoloji

OKB, etiyolojik açıdan heterojen bir hastalıktır. Semptom kümesinin farklılıklar göstermesi, hastalık şiddetinin değişkenliği; bu bozukluğun nedenlerini, gelişim sürecini ve mekanizmalarını aydınlatmayı zorlaştırmaktadır. Günümüzde genetik faktörler, nörotransmitter bozuklukları, beynin belli bölümlerindeki işlevsel ve yapısal farklılıklar, psikososyal faktörler gibi birçok etkenin OKB etyopatonezinde rol oynadığı düşünülmektedir(38).

a. Biyolojik Etmenler

○ **Genetik faktörler**

OKB'nin fenotipik dışavurumunda çevresel faktörlerin rolü yadsınamaz olsa da ikiz ve aile çalışmaları, açıkça OKB'nin ailesel geçişe sahip olduğunu desteklemektedir. Yapılan çalışmalara göre, yaklaşık %50 oranında fenotipik kalıtıma sahip olduğu, özellikle çocuk ve ergen dönemde başlangıç gösteren vakaların aile üyeleri arasında OKB yaygınlığının yüksek olduğu gösterilmiştir. İkiz çalışmaları, OKB açısından tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bir korelasyona sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çocuk ve ergen olguların birinci derece akrabalarının OKB geliştirme riskinin 16 kat, yetişkin olguların birinci derece akrabaları için ise bu riskin yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (39). OKB ile en sık ilişkilendirilen genetik faktörler serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi (5-HTTLPR ve HTR2A genleri) olmuştur(34). Tiklerin eşlik ettiği OKB tablosunun kalıtım riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (40).

○ **Nörokimyasal**

Yapılan klinik çalışmalar, OKB tedavisinde serotonerjik ilaçların diğerlerine göre daha etkili olduğunu göstermiş ve serotonin disregülasyonu, OKB etyolojisinde

en çok üzerinde durulan nörotransmiter faktörü olmuştur(41). Serotonerjik ilaçların sinaptik serotonin geri alımını önleyerek serotonin erişilebilirliğini artırmak, orbitofrontal-striatal fonksiyonu modüle etmek gibi mekanizmalarla etkili olduğu düşünülmektedir(34).

Antipsikotik ilaçların dopamin sistemini düzenleyerek OKB tedavisinde fayda sağlamaları, dikkatleri dopaminin rolüne çekmiştir(42). Dopamin sisteminin OKB'de işlevsel bir bozukluğa yol açabileceği düşünülmekle beraber, hangi dopamin genlerinin ilişkili olduğu konusunda bulgular çelişkili kalmıştır. OKB hastalarının psikotik bozukluklarla ortak dopaminerjik disfonksiyonlara sahip olabileceklerini destekleyen araştırmalar mevcuttur. Klinik ve preklinik çalışmalar, OKB'de orta beyin dopaminerjik nörotransmisyonunda artış olduğunu desteklemektedir(43). Rat çalışmalarında L-dopanın kompülsiyon benzeri belirtilere neden olduğu görülmüştür (44).

OKB etiyolojisinde rolü olduğu düşünülen bir diğer nörotransmiter ise glutamattır. Kortikostriatal glutamat yolağında artışın, ratlarda deri yolma, davranışsal perseverasyonlar ve tiklere yol açtığı gözlenmiştir (45). Kanıtlar daha sınırlı olmakla birlikte, OKB belirtilerinin oluşumunda noradrenerjik disfonksiyon ile ilgili bildiriler de mevcuttur(41).

- **Nöroimmunoloji**

Grup A beta-hemolitik streptokok enfeksiyonu ile OKB arasında bir bağlantı söz konusudur. Bu bakteri, romatizmal ateşe sebep olabilmekte ve bir komplikasyonu olarak %10-30 oranında Sydenham koresi gelişebilmektedir. Sydenham koresi gelişen hastalarda OKB semptomları görülebilmektedir(41).

- **Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme**

OKB’nin nörogörüntüleme bulgularına ilişkin çalışmalarda; orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks ve kaudat çekirdekte işlevsel ve yapısal anormallikler rapor edilmiştir(46). OKB'nin patofizyolojisinde rol oynadığı gösterilen kortiko-

striato-talamo-kortikal (CSTC) devreler; alışkanlıkla ilişkili tutumlar, yürütücü işlevler, ödül ve motivasyon mekanizmaları, motor inhibisyon ve tepki inhibisyonu gibi süreçlerden sorumludur(34,46,47). Bu devreler, frontal korteks bölgelerinden striatum ve talamusa uzanır ve sonra yeniden kortekse döner(47). Korteksten gelen girdileri bütünleştirir ve bu bilgiyi talamus yoluyla gönderir(43). CSTC devrelerinde, davranışların başlatılması ve bastırılmasında kritik rol oynadığı düşünülen, direkt ve indirekt etkili iki yolak mevcuttur. Özellikle direkt yolaktaki artmış aktivite olmak üzere, bu iki yolak arasındaki dengenin bozulmasının OKB semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir(34). Nörogörüntüleme verileri, CSTC devrelerinin disfonksiyonel hale gelmesinin OKB patogenezinde kritik bir rol oynadığını öne sürmektedir(43).

- **Nöroendokrin**

OKB hastalarının önemli bir bölümünde Deksametazon supresyon testinde baskılanma gözlenmemesi ve klonidin infüzyonu sonrası büyüme hormonu salgısında azalma tespit edilmesi, nöroendokrin dizgelerin de hastalık oluşumunda rolü olabileceği fikrini desteklemektedir (41).

b. Psikojen Etmenler

- **Psikanalitik kuram**

Psikanalitik kurama göre, obsesif belirtilerin gelişiminde regresyon mekanizması temel rol oynamaktadır. Freud, ödipal döneme ait dürtülerin neden olduğu çatışmalar neticesinde libidonun, anal dönemin sadistik evresine gerilediğini öne sürmektedir. Katı ve baskıcı bir üstbenlik oluşumu, karşıt dürtülerin yarattığı çatışmalar, duygu ve tutumlardaki ambivalans, sevgi ve nefret gibi zıt duyguların bir arada bulunması ve bu zıtlıklar arasındaki gerilim sonucu ortaya çıkan tereddüt ve kararsızlıklar belirgin özelliklerindendir. Obsesif kompulsif belirtilerin belirleyicisi olan, anal döneme ait üç temel savunma mekanizması tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki; OKB'deki çift aşamalı belirtilerde görülen, bir eylemin diğer bir eylem tarafından geçersiz kılındığı, iki karşıt arzunun da tatmin edilebildiği yapma-bozma düzeneğidir.

İkincisi; düşüncelerin onlara eşlik eden duygulardan arındırıldığı yalıtma düzeneğidir. Üçüncüsü ise iki zıt duygudan biri fazlaca yoğunlaştırılıp vurgulanırken diğerinin bilinçdışı kılındığı karşıt tepki oluşturma düzeneğidir. Psikanalitik kurama göre obsesif kompulsif belirtilerin özellikleri bu savunma mekanizmaları tarafından şekillendirilir (48).

- **Bilişsel Davranışçı Model**

Bilişsel-davranışçı modeller, OKB kökeninin normal, istenmeyen düşüncelerde yattığını varsaymaktadır (49). Bu perspektifte, istenmeyen düşünceler sağlıklı popülasyonda da yüksek oranda görülebilmektedir ve içerik itibarıyla klinik obsesyonlardan farklı değildir. Normal olarak çoğu kişide görülebilen bu zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonların temel ayrımı, OKB hastalarının potansiyel zarar ve zararın engellenmesinin sorumlusu olarak bu düşünceleri algılamalarında yatmaktadır. Zorlayıcı bir düşüncenin, klinik obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceğini, onun içeriği ya da kontrol edilemiyor oluşu değil, bireyin onu yorumlama ve değerlendirme biçimi belirler. Buna göre, zorlayıcı belirtiler normal zihinsel faaliyetler olmalarına rağmen, bunları yanlış yorumlama eğiliminde olan bireylerde bir sıkıntı ve nötrleştirme döngüsü gelişmekte ve hatalı yorumlamanın kontrol tutumları ile birleşmesi sonucunda obsesif kompulsif bozukluk gelişmektedir (48). Bu model, zorlayıcı düşüncelerin, kişinin sorumluluk algısı ve kendine yönelik suçlama inançlarıyla bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılı sorumluluk hissi, yüksek tehlike algısı gibi yanlış inanışlar, OKB hastalarındaki mükemmeliyetçi, kuralcı, katı kişilik yapısının oluşma sebepleri olarak görülmektedir. Obsesif bireyler, olumsuz otomatik düşüncelerinin yarattığı sıkıntıdan ve sonuçlarından korunmak için nötralizasyon stratejileri kullanırlar (50). Ayrıca, düşünce eylem füzyonu gibi belirli inançların ve düşünce bastırma gibi etkisiz başa çıkma tutumlarının kullanımının OKB'nin gelişiminde rol oynadığı öne sürülmektedir (49).

2.1.6. Klinik Özellikler

OKB belirtilerin şekli, şiddeti, başlama şekli, klinik seyri vb. birçok yönden çeşitlilik içeren bir hastalık tablosudur (41). Sadece obsesyon, sadece kompulsiyon ya da her ikisi birden görülebilmektedir. Çoğu hastada her ikisi bir arada mevcuttur (%90). Sadece obsesyonlar ile seyrettiği düşünülen hastaların dahi çoğunda, detaylı incelendiği zaman, obsesyonlarının yarattığı anksiyeteden kurtulmak amacıyla yapılan zihinsel eylemlerin de bulunduğu gözlemlenmiştir (23,51). Hastaların %33-60'ında birden fazla obsesyon, %38-48'inde birden fazla kompulsiyon bulunabilmektedir. En sık obsesyon tiplerinin sırası ile kirlenme/bulaş, patolojik şüphe/emin olamama ve simetri olduğu, en sık kompulsiyon türlerinin ise kontrol ve temizlik/yıkama kompulsiyonları olduğu bildirilmiştir (52,53). Genel olarak, kadınlarda kirlenme/bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarının, erkeklerde ise düzen/simetri ve cinsel obsesyonların daha fazla olduğu bildirilmektedir (43).

OKB çoğunlukla genç erişkinlikte başlamakla beraber en yaygın başlangıç yaşı 22-35 arasındadır. %65 gibi büyük bir oranda 25 yaş öncesinde, %5-15 oranında 35-40 yaş sonrasında başlamaktadır (54). Hastalık, çoğunlukla tetikleyen belli bir etmen olmadan başlangıç gösterirken, zaman zaman nesne kaybı, cinsel travmalar, maddi kayıplar, hamilelik gibi stres oluşturabilecek bir durumun ardından da ortaya çıkabilir. Hastaların birçoğu belirtilerini saklama eğiliminde oldukları için tanı almaları yıllarca gecikebilmektedir. OKB, kronik seyirli bir hastalık olmasının yanında, seyri boyunca bazı hastalarda dalgalı, bazılarında ise stabil bir klinik gidiş göstermektedir (55). Doğru tanı almadan önce hastalar ortalama 17 yıl geçirmektedir (21).

Hastalığın gidişatına bakıldığında, %20-30'unda belirgin düzelme, %40-50'sinde kısmen düzelme görülürken, %20-40'ında hiç düzelme olmaması veya daha kötüye gidiş görülebilir. Obsesyonların içeriği ile klinik gidiş arasında ilişki gözükmemektedir. Erken başlangıç, kompulsiyonlara uyum göstermek, erkek cinsiyet, ailede OKB varlığı, hastaneye yatış gereksinimi, sanrısal inançların, bizar kompulsiyonların varlığı, özellikle şizotipal olmak üzere kişilik bozukluğu varlığı, major depresif bozukluğun eşlik etmesi kötü prognoz göstergeleri iken, belirtileri

başlatan bir olay olması, sosyal ve mesleki düzenin iyi olması, semptomların dönemsel olması ise iyi prognoz göstergeleridir (41,55).

OKB, majör depresif bozukluk, psikotik bozukluklar, sosyal fobi, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, özgül fobiler, beden dismorfik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol- madde kullanım bozuklukları ile sık komorbidite göstermektedir(56).

2.1.7. Tedavi

Uygulama kılavuzları, OKB için güvenli ve etkili birinci basamak tedavilerin bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakolojik tedavi (özellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve klomipramin) olduğunu belirtmektedir (57). İlaç etkililiği açısından klomipramin, SSGİ'lerden kısmen üstün bulunmuş ancak yan etki profili ve tedaviye uyum açısından SSGİ'lerin daha tercih edilebilir olduğu gösterilmiştir (24). Tedavi yanıtına karar verebilmek için, antidepresan ilacın en az 12 hafta süreyle etkin dozda kullanılması ve tam yanıt için ise en az 12 ay süreyle düzenli ilaç kullanımı gerekmektedir. İyileşme görüldükten ortalama 2 yıl sonrasına kadar tedaviye devam edilmelidir. Etkin dozda ve yeterli süre boyunca kullanılmasına rağmen tedaviye cevap alınamaz ise güçlendirme tedavisi düşünülmelidir. Güçlendirmede ilk tercih olarak atipik antipsikotikler (özellikle risperidon ve aripiprazol) önerilmektedir (38).

Psikoterapide ise maruz bırakma, tepki engellenmesi, duyarsızlaştırma yöntemleri ile hastaların en korktukları durumlarla aşamalı olarak karşı karşıya kalmaları, alıştırma ile başlangıçta duyulan korku ve sıkıntının zamanla azalması sağlanır (58). Obsesyonların anlam ve önemine ilişkin işlevsel olmayan inançlara yönelik bilişsel müdahaleler ile OKB hastalarına zorlayıcı düşüncelerin hayatta her daim var olduğunu, çoğu insanın zaman zaman değerleriyle çelişebilen düşüncelere sahip olduğunu göstermek bilişsel yaklaşımın temelidir(50,59). Bu yaklaşımın, maruz bırakma ve tepki engellemeyle birleştirilmesi ile bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yaklaşımı elde edilmiştir (59). BDT 'nin de SSGİ'ler kadar etkin olduğu gösterilmiştir; ancak yalnızca BDT, yalnızca farmakolojik tedavi veya kombine tedavi

seçeneklerinden hangisinin tercih edileceği; semptomların yapısı ve şiddeti, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi durumlar ve bunların tedavileri, BDT'ye erişim, hastanın önceki tedavi geçmişi, mevcut ilaçları, kapasitesi ve kendi tercihleri gibi faktörlere bağlıdır (57).

OKB'de tedavi yanıtı, YBOKÖ puanlarında %35 veya daha fazla azalma olması olarak tanımlanmaktadır. Belirtilerin tamamen kaybolması olarak tanımlanan iyileşme yerine, genellikle remisyon görülmektedir (60).

2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İçgörü

OKB'de içgörü, hastanın semptomlarının mantıklı ve akla yatkın olmadığının farkına varabilmesi, bunlara karşı koyma çabası göstermesi anlamına gelmektedir. OKB hastalık şiddeti arttıkça içgörünün azaldığı bilinmektedir (61). OKB'nin tanısal sınırları ve içgörünün doğası açısından bu iki kavram arasında bazı çelişkiler bulunmaktadır. İçgörünün, bir semptom boyutu yerine, altta yatan herhangi bir hastalıktan bağımsız bir klinik fenomen ve zihinsel bir durum olarak ele alınmasının daha uygun olduğu öne sürülmektedir. İçgörü fenomeni, kavramsal çerçevesine, değerlendirme yöntemine ve hangi nesneye yönelik olarak ölçüldüğüne bağlı olarak farklılık göstermektedir. OKB'de içgörü düzeyinin değerlendirilebilmesi, içgörü nesnesinin yani obsesyon ve kompulsiyonların doğru bir şekilde tanımlanmasına bağlıdır (62).

Geçmişte, OKB'de içgörü varlığı ve psikozda içgörü eksikliği, belirleyici bir özellik olarak değerlendirilmiştir (63). Bazı araştırmacılar, obsesyonlar ile sanrıların, kişinin o düşünceye inanma seviyesine göre birbirinden farklılık gösterdiğini öne sürmektedir. İçgörüsü az veya olmayan OKB olguları için obsesif psikoz, atipik OKB, şizo-obsesif bozukluk ve kötü içgörülü OKB gibi tanımlamalar kullanılmıştır (26). DSM-4 saha çalışmasında, vakaların %13'ünün kompulsiyonlarını yerine getirmezlerse kaygı duydukları durumun yaşanmayacağından kesin emin oldukları **(**tam içgörü), %26'sının ilgili durumun gerçekleşeceğinden büyük oranda emin oldukları, %4'ünün ise yaşanacağından kesin emin oldukları (içgörü yok) belirlenmiştir (51). Bu bulgular sonucunda DSM-4'te "içgörüsü az olan'' şeklinde bir

belirteç eklenmiş, DSM-5'te, obsesyonlar sanrısal düzeyde dahi olsa OKB tanısının konulabilmesine olanak sağlanmıştır. DSM-5'in OKB'de içgörü düzeyinin değerlendirilmesini mecburi kılması, tanının bir parçası haline getirmesi ve "içgörüsü iyi/çok iyi, içgörüsü kötü, içgörüsü yok/sanrısal düzeyde'' şeklinde üç farklı belirleyici eklemesi OKB değerlendirmesinde içgörünün önemini destekler niteliktedir (32). İçgörü azlığı veya yokluğu, OKB' nin şizofreni spektrum bozukluklarından ayrımını zorlaştırıyor olsa da DSM-5'e göre bu hastalara OKB tanısı konulabilmektedir (64). Ancak, halen zayıf içgörülü ve içgörüsüz olguların OKB' nin şiddetli bir alt tipi mi olduğu yoksa altta yatan bir şizofreni hassasiyetini mi ifade ettiği tartışılmakta olup, bu olguların şizofreni spektrumuna dahil edilmesi gerektiğini belirten yazarlar bulunmaktadır (65).

2.2. PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR

2.2.1. Tanım

Psikotik bozukluk tanı kriterlerini karşılayan kişi sayısı nispeten toplumun küçük bir bölümü iken, sanrı ve varsanı benzeri algı ve düşünceler çok daha yaygın görülmektedir. Algısal anormallikler, sanrısal fikirler, büyüsel düşünceler gibi pozitif ve içe kapanma, düşüncede fakirleşme gibi negatif psikotik belirtilerin klinik düzeyin altında kalan biçimleri "psişik deneyimler'' veya "psikoz benzeri yaşantılar (PBY)'' olarak adlandırılmaktadır (66–68). PBY'ler, psikotik hastaların belirtilerine niteliksel olarak benzer ancak onlara nazaran daha az kalıcı, daha az şiddetli ve daha nadir olan bir ara fenotip olarak değerlendirilebilir (6).Psikoz kavramı; gerçeği değerlendirmenin bozulması anlamına gelir ve genellikle sanrılar, varsanılar ve içgörü ile tanımlanır. Ancak sadece sanrılar ve varsanılardan oluşan pozitif belirtileri değil, aynı zamanda negatif ve afektif alanlarda da semptomatoloji içermektedir (69). PBY'ler de psikotik bozuklukların pozitif, negatif ve duygusal semptomlar şeklinde psikopatolojik boyutlarla tanımlanmasına benzer bir yapı sergiler. Klinik eşiğe ulaşmayarak genel popülasyonda dağılım gösteren subklinik psikotik deneyimler olarak özetleyebileceğimiz bu yaşantılar, psikoza gizli yatkınlığın olası fenotipik işaretlerinden biri olarak kabul edilmektedir (70). Buna ek olarak, en az bir PBY sahibi olmak dahi psikoz dışı psikiyatrik bozukluklar ile de ilişkilendirilmiştir (71). PBY'ler

hem psikiyatrik hastalığa giden süreçteki erken dönemlerin göstergeleri olması açısından hem de ruhsal sağlığın sürdürülmesinde rol oynayan etkenler ile alakalı yeni bakış açıları kazandırma potansiyeli taşımaları nedeniyle önemli bir araştırma konusudur (67) .

2.2.2. Psikoz Sürekliliği Kavramı

Psikoz sürekliliği; psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda gözlemlenen semptomların klinik olmayan popülasyonlarda da ölçülebileceğini ve psikotik belirtilerin subklinik düzeylerinden klinik olarak aşikâr olanlarına kadar tüm düzeylerini içeren bir belirti yelpazesi içerdiğini ifade etmektedir (6,8).

İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler, yaklaşık 1 asır önce kategorik yaklaşıma alternatif olarak, psikozun toplumda değişken derecelerde var olabilen düşünce ve davranışların aşırı bir ifadesi olduğu görüşünü ileri sürmüştür. Bu yaklaşım, psikozu bir süreklilik boyunca, klinik ve klinik olmayan popülasyonlar arasında var olan semptomlar dizgisi olarak değerlendiren yeni modeller için öncü olmuştur (1). DSM ve ICD gibi kategorik tanı sistemlerindeki tanı ölçütlerince adlandırılamayan bazı psikopatolojik olgular bulunmaktadır. Geleneksel kategorik yaklaşım ile net tanı konulamayan bu durumların sınıflandırılması amacıyla alternatif olarak boyutsal yaklaşım kavramı geliştirilmiştir. Boyutsal yaklaşım; psikiyatride mevcut patolojiyi sürekli bir boyut halinde değerlendirerek ruhsal bozukluklara kademeli bir yaklaşım getirmeyi amaçlar ve her hastayı bu süreklilikte belli noktalara yerleştirir. Psikiyatrik belirtilerin net sınırlarla birbirinden ayrılamayacağını, her bireye özgü olarak değerlendirilebileceğini savunur (72).

Psikoz da giderek daha boyutsal bir perspektiften, transdiyagnostik bir fenotip şeklinde ele alınmakta ve bu bağlamda prodromal evreler, geçici psikotik durumlar ve hafifletilmiş psikotik semptomlar, psikoz benzeri yaşantılar gibi kavramlar incelenmektedir (73,74). Klinik psikotik bozukluklar ile bireysel, ailesel ve çevresel faktörleri ortak olan bir "genişletilmiş psikotik fenotip" varlığı öne sürülmüştür. Genişletilmiş psikotik fenotipin klinik sendromlara yavaşça karıştığı bu yapı, psikoz sürekliliğini ifade eder (75).

Yaşantıya inanma derecesi, yaşantının gerçeğe uygunluk derecesi, yaşantıyla ilgili geçirilen zaman ve kültürel belirleyicilerin etkileri, PBY'leri bir süreklilik içerisinde değerlendirirken üzerinde durulması gereken parametreler olarak önerilmiştir (76). Psikotik bozuklukları sınıflandırırken kullanılan boyutsal ve kategorik modellerin geçerliliğini karşılaştıran çalışmalar, boyutsal modellerin üstünlüğünü çeşitli alanlarda kanıtlamıştır. Bununla beraber, kategorik ve boyutsal modeller birbiriyle çelişmez; aksine tamamlayıcıdır. Bu modellerin entegrasyonu, psikotik fenomonolojinin tam olarak anlaşılması için özellikle önemlidir (77). Ayrıca psikotik bozukluk tanı kriterlerini karşılamayan ancak psikoz benzeri yaşantılar tarif eden kişilerin bir bölümünün ilerleyen yaşamlarında psikotik bozukluk geliştirebildiğine dair kanıtlar mevcuttur. Tüm bunlardan yola çıkarak, psikozun "sağlıklılık - psikoz benzeri yaşantılar - psikotik bozukluk'' şeklinde bir süreklilik halinde var olduğu "psikoz sürekliliği" fikri giderek ağırlık kazanmıştır (6,75)

Psikotik bozukluklara sahip hastalar ile psikoz benzeri yaşantılar bildiren sağlıklı bireylerin klinik profillerindeki, risk faktörlerindeki birtakım benzerlikler; moleküler genetik çalışmaları ve beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler de subklinik psikotik semptomlardan klinik olarak anlamlı psikotik semptomlara sürekliliği destekleyen kanıtlar sunmuştur (67,78).

2.2.3. Psikoz Benzeri Yaşantıların Etiyolojisi

Psikotik bozukluklar; semptomların sıklığı, müdahaleciliği, psikopatolojik eş tanılar gibi semptom faktörlerine ek olarak başa çıkma mekanizmaları, toplumsal etkiler ve ilişkili gelişimsel süreçler gibi kişisel ve kültürel faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir (79). Psikoz benzeri yaşantılar da genetik ve çevresel risk faktörleriyle güçlü bir biçimde ilişkilidir (80). Kişinin gelişim dönemlerinin özellikleri, olumsuz yaşam olayları, düşük gelir ve düşük eğitim seviyesi, psikoaktif madde kullanımı, kentsel ikamet, daha genç yaş grubu, erkek cinsiyeti göçmen olmak, ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi risk faktörleri tanımlanmıştır (7). Psikoz benzeri yaşantıların yaklaşık %75-90'ının geçici olduğu ancak bir kısmının genetik yatkınlık üzerine eklenen çevresel maruziyet neticesinde kalıcı hale gelerek klinik olarak anlamlı olabileceği ve yaklaşık %7'sinin psikotik bozukluğa ilerlediği gösterilmiştir

(6,7,16,68,81). PBY'lerin psikotik bozukluğa dönüşümünü yordayan faktörler ise genç yaş, sanrısal ve halüsinatuar yaşantıların bir arada bulunması ve ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü ile ilişkilendirilmiştir (82).

Subklinik ve klinik psikoz fenotipleri arasında bir etiyolojik süreklilik de mevcuttur. Bu fenotiplerin aileler içinde kümelenme gösterdiği, psikotik hastaların semptomlarının, psikoz geçirmemiş akrabalarda subklinik semptom boyutlarını öngördüğü, ikiz çalışmalarının anlamlı sonuçlar verdiği, psikotik bozukluğa sahip hastalar ile PBY bildiren sağlıklı bireyler arasında sosyodemografik benzerlikler ve ortak risk faktörlerinin bulunduğu ortaya koyulmuş olup, tüm bu unsurlar etiyolojik sürekliliği destekler niteliktedir(6,67). PBY'lerin gelişimsel seyrinin izlendiği, 566 kadın ikizden oluşan bir toplum temelli çalışmada; ikiz kardeşleri kalıcı PBY sergileyen grupta yer alan tek yumurta ikizlerinin %49'unun, çift yumurta ikizlerinin ise yalnızca %14'ünün kalıcı grupta yer aldığı gözlenmiştir (83). PBY'lerin varlığı/yokluğunun yanında, sürekli bir hal almasının da genetik bir temeli olduğu söylenebilir. Subklinik psikoz alt boyutları, psikiyatrik hastalık geçmişi olmayan, genel popülasyondan seçilen örneklemlerde de ailevi kümelenme göstermektedir (84).

2.2.4. Psikoz Benzeri Yaşantıların Epidemiyolojisi

Subklinik psikotik semptomlar genel popülasyonda yaygın şekilde görülmektedir (85). Klinik psikotik bozukluklara kıyasla prevalansının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (6). Toplumdaki ortalama sıklığının %5-8 civarında olduğu tahmin edilmektedir (7,86). Bununla birlikte, bu yaşantıların sıklığında ülkeler arası belirgin farklar olduğu görülmektedir (85). **ABD'de yürütülen** Ulusal Komorbidite Çalışması sonuçlarına göre psikotik semptomların yaygınlığı %28.4 olarak belirlenirken, klinik olarak değerlendirildiğinde "afektif olmayan psikotik bozukluk" tanısını karşılayanların oranı yalnızca %0.7 olarak belirlenmiştir (87). PBY'leri genel popülasyonda raporlayan ilk çalışmalar, genel tanı araçlarının içerdiği psikoz tarama kriterlerine dayanmaktaydı. ABD'de, pozitif PBY'leri ölçebilen bir araç olan Composite International Diagnostic Interview (CIDI) kullanılarak yürütülen bir çalışmada katılımcıların %10'unun paranoid düşünceler ve yaklaşık %4'ünün sesler duyma bildirdiği raporlanmıştır(88). Yine CIDI'nın kullanıldığı

Hollanda Ruh Sağlığı Araştırması ve Görülme Sıklığı Çalışmasında (NEMESIS); katılımcıların %17,5'inin sanrısal fikirler ve/veya halüsinasyonlarla ilgili en az bir maddeyi onayladığı bildirilmiştir (89). Avustralya'da 10.641 yetişkinin incelendiği araştırmada; katılımcıların %11,7'sinin en az bir psikoz tarama maddesini onayladığını raporlanmıştır (90). ABD'deki bir başka araştırmada ise 5854 yetişkin Amerikalıda görsel halüsinasyonların %8,4 oranında ve işitsel halüsinasyonların ise %8,3 oranında bildirildiği raporlanmıştır (91). Hem klinik hem de toplum örneklerinde delüzyonel düşünceleri ölçmek için kullanılabilen Peters Delüzyon Envanteri (PDI) ile Birleşik Krallık'ta yapılan genel bir nüfus çalışmasında katılımcıların %25'inden fazlasının en az bir maddeyi onayladığı bildirilmiştir (92). 2012 yılında, dünya genelindeki geniş kapsamlı bir başka çalışmada prevalans oranlarının kontrol sanrıları için %4,8 ile referans ve perseküsyon sanrıları için %8,3 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (85). 18 ülkeden 31261 katılımcıdan oluşan bir örneklemde yürütülen uluslararası bir çalışmada, PBY'ler için ortalama %5,8, sanrısal deneyimler için %1,3 ve halüsinasyon deneyimleri için %5,2 oranında yaygınlık bulunmuştur (86). Türkiye, İzmir'de PBY yaygınlığı %25,3 oranında bulunmuştur (93).

Geniş örneklem içeren rastgele bir popülasyon çalışmasında van Os ve ark., psikotik bozukluk oranlarının kırsaldan kentsel bölgelere doğru arttığını ve subklinik semptom düzeylerinin de buna paralel olarak doz-bağımlı bir şekilde yükseldiğini bulmuşlardır (94). Genel popülasyon düzeyinde dahi klinik psikotik semptomlarla doğrusal bir ilişki taşıdığı gösterilen PBY'lerin, psikotik bozukluklar için altta yatan bir yatkınlığın davranışsal dışavurumunu temsil edebileceği düşünülmektedir (67).

Psikoz benzeri yaşantı sıklığının yaşa bağlı olarak değiştiği, çocukluk sonu ve ergenlikte en üst seviyeye ulaştığı ve sonraki dönemde azaldığı öne sürülmektedir (67,95). Yaşlılık döneminde ise nörodejeneratif süreçlerle veya çevresel faktörlere bağlı olarak yeniden bir artış saptanabilmektedir (6).

Geç çocukluk ve ergenlik dönemindeki yüksek PBY prevalansı, bunların normal nörogelişimsel süreçteki davranışsal ifadeler olabileceği fikrini akıllara getirmiş olsa da ileriye dönük takip çalışmalarında, yüksek düzeyde subklinik psikotik

semptomların daha sonraki psikiyatrik hastalıkların başlangıcını öngördüğü gösterilmiştir (67,96).

2.2.5. Psikoz Benzeri Yaşantıların Diğer Psikopatolojilerle İlişkisi

Psikiyatri literatürü, psikotik deneyimlerin yalnızca psikotik bozukluklara özgü olmadığını ve genel popülasyonda psikotik bozukluklardan daha yaygın olarak bulunduğunu göstermektedir (6,7,85,86). Psikotik yaşantıları deneyimleyen bireylerin çoğunluğu, psikotik olmayan bir psikiyatrik bozukluk tanısına sahiptir. Daha kötü hastalık seyrini ve daha düşük tedavi yanıtını öngördüğü belirtilen psikotik yaşantılar, tanılar arası (transdiyagnostik) bir fenomen olarak kabul edilmektedir (80). İleriye dönük boylamsal çalışmalar ile yüksek düzeyde psikoz benzeri yaşantıların bulunmasının, daha sonraki psikiyatrik hastalıkların başlangıcını öngördüğünü gösterilmiştir (8,67,96).

Psikotik bozukluk geliştirme olasılığı, PBY'si olanlarda olmayanlara nazaran 3,5 kat artmıştır (8). Psikozun klinik olmayan tezahürlerinden klinik bozukluğa doğru kaymasının; PBY'lerin şiddeti, sayısı**,** algısal bozuklukların eşlik eden sanrısal düşüncelerle birlikte görülme derecesi ve negatif/dezorganize semptomların varlığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (4,97,98)**.** Welham ve ark. 14 yaşındaki ergen örnekleminde bildirilen işitsel halüsinasyonların, 21 yaşında afektif olmayan psikoz riskini kadınlarda iki kat, erkeklerde beş kat artırdığını bildirmiştir (97). Psikiyatri hizmetlerine başvuran klinik örnekler içerisinde, psikotik bozukluk tanı kriterlerinin eşiği altında kalan psikotik semptomları içeren klinik tablolar psikotik bozukluğa dönüşme açısından yüksek risk kategorileri içerisinde incelenmiştir (99). Örneğin Avustralya'da, psikoz prodromuna ilişkin geriye dönük araştırmalardan elde edilen kriterler baz alınarak geliştirilmiş olan ultra yüksek risk (UHR) kriterlerinde; kişinin düşük seviyede ancak yine de fark edilir düzeyde psikotik semptomlar yaşaması (düşük seviyede paranoid yaşantılar, zaman zaman sesler duyma gibi belirtiler) psikozu yordayan süreçler olarak kabul edilmiştir (100).

Psikoz benzeri yaşantılar, şizotipal özellikler gibi ilişkili durumlardan ayırt etmek gerekir. Şizotipal kişilik bozukluğu tanı kriterleri, bazı yönlerden PBY'leri

tanımlamak için kullanılan maddelerle örtüşmektedir; ancak şizotipal özellikler genellikle zaman içinde stabil ve istikrarlı bir yapı sergilerken, PBY'ler kararsız ve zamanla kaybolma eğilimi gösterir, yalnızca küçük bir bölümü kalıcı olmaktadır (7,101).

En az bir psikoz benzeri yaşantıya (PBY) sahip olmak, psikotik bozukluklar dışında kalan çeşitli psikiyatrik tablolarla ilişkilendirilmiştir (71). Fisher ve ark., ergenlerde gözlenen PBY'lerin yalnızca psikotik bozukluklar özelinde incelenmesinden ziyade, erişkinlik dönemindeki genel ruh sağlığı bozuklukları için erken belirteçler olarak ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir(96). Altı yıllık bir izlem çalışmasında, başlangıçta PBY'si olan katılımcılar takip edilmiş ve takip sonucunda koyulan teşhis oranları psikotik bozukluk %7, psikotik olmayan duygu durum bozuklukları %42,8 ve diğer psikotik olmayan bozukluklar %24,1 olarak bulunmuştur. Cinsiyet, sosyoekonomik durumun düşük olması, eşlik eden duygu durum bozukluklarının olması, ailede ciddi ruhsal hastalık öyküsü ve PBY'lerin süreklilik göstermesi; başlangıçtaki PBY'ler ile takipte konulan teşhis arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerdir. Sonuç olarak, PBY'ler tanılar arasında geçerli bir risk göstergesi olarak değerlendirilebilir (82). Psikotik ve afektif belirtiler arasındaki transdiyagnostik bağlantı kavramı, DSM-5 tarafından da benimsenmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Sağlık Araştırmasına katılan 52 ülkeden temsil edici örneklerden oluşan 256.445 kişilik örneklemde, tüm potansiyel karıştırıcı değişkenler kontrol edildikten sonra bile psikotik belirtilerin sağlık durumunda düşüşe neden olduğu, en az bir psikotik semptom bildirenler ile hiç bildirmeyenler arasında genel sağlık üzerindeki etkide belirgin bir değişim gözlemlendiği**,** semptom sayısı arttıkça sağlıkta da doğrusal bir azalma gözlendiği bildirilmiştir (85)**.** Bununla beraber, birçok kişi için psikoz benzeri yaşantılar, engellilik veya bakım gereksinimi ile ilişkili değildir(7).

2.2.6. OKB ve Psikoz Benzeri Yaşantılar

Literatür incelendiğinde, OKB'nin psikotik semptomlar ile olan birlikteliği dikkatleri çeken bir çalışma konusu olduğu görülmektedir. OKB'nin nevrotik

bozukluk olarak mı yoksa psikotik bozukluk olarak mı sınıflandırılacağı konusundaki değerlendirmeler 19. yüzyıla kadar uzanmaktadır (26). Strauss tarafından 1948'de "obsesif psikoz'' terimi önerilmiş ve bu konu çeşitli araştırmacılar tarafından günümüze kadar incelenmiştir (27,102,103). OKB hastalarında yüksek bir psikotik semptom prevalansı olduğu, obsesyonların zamanla sanrılara evrilebileceği ve OKB semptomlarının psikotik bozuklukların gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir(104). Buna paralel olarak, psikoz açısından risk altındaki mental durumda olan bireylerde ve ilk atak psikoz hastalarında OKB semptomlarının daha yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır (105,106).

OKB ile şizofreni komorbiditesi bulunan vakaların çoğunda OKB başlangıcının şizofreniden daha önce olduğu belirtilmiştir (35). OKB ve psikotik bozukluk komorbiditesi kategorik tanılar kullanıldığında tahmini olarak %12 bulunmuş ancak boyutsal semptomlar da dahil edildiğinde (psikotik bozukluk ve obsesif kompulsif semptomlar veya psikotik semptomlar ve OKB şeklinde incelendiğinde) bu oran %24'e yükselmiştir(73).

Dünya genelinde OKB ile psikotik yaşantıların komorbiditesinin Afrika'da daha düşük olduğu (%6), Güney Amerika ve Orta Doğu'da ise en yüksek oranda olduğu (%19–22) bildirilmektedir. Bu farklılığın, bölgelerdeki bakım ve sağlık hizmetleri, kişi başına düşen ruh sağlığı profesyoneli sayısı gibi birçok faktörden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (73).

Bu iki semptom grubunun birlikte görülme oranlarının en yüksek olduğu grubun ilk epizod psikoz hastaları olduğu (%30), ardından şizofreni spektrum bozukluklarının takip ettiği ve bunlara kıyasla OKB hastalarında oranın daha düşük olduğu (%14) bildirilmiştir (73).

Psikotik semptom gruplarında DSM-3(R) ölçütleri kullanılarak yapılan çalışmalarda OKB prevalans oranları, sonraki DSM versiyonlarını baz alan çalışmalara kıyasla daha düşük bulunmuştur (73,107). Bu durum DSM sisteminin gitgide hiyerarşik tanısal kararlar yerine daha boyutsal yaklaşım sergilemesi ile paraleldir(73). DSM-5'te; OKB'nin anksiyete bozuklukları kategorisinden

çıkarılmasına ve şizofreni ile ilişkili psikozların alt tiplere göre değil, semptom ve şiddet düzeyine göre bir spektrum olarak tanımlanmasına yönelik yaklaşım benimsenmesi, OKB'nin ‘‘içgörüsü yok/sanrısal düzeyde’’ şeklinde bir belirtecin tanımlanması gibi gelişmeler; bir psikoz-OKB spektrumu kavramını destekler niteliktedir (108).

OKB tanısı alan hastaların azımsanamayacak bir kısmının psikotik spektrum bozukluğunun da tanı kriterlerini karşılıyor olması, bir şizo-obsesif spektrum varsayımının ortaya konulmasına sebep olmuş ve şizofreni ile OKB veya şizotipal kişilik bozukluğu ile OKB komorbiditesi bulunan hastaların tanımlanması için öneriler geliştirilmiştir (109,110). 1994 yılında "şizo-obsesif" terimi ilk kez Hwang ve Opler tarafından ortaya atılmıştır (108). Bu kavram bazı araştırmacılar tarafından OKB kliniği içerisinde aşırı değer verilmiş düşünceler ve zayıf içgörü bağlamında değerlendirilmiştir (111). Bottas ve ark. ise bir şizofreni alt tipi olarak "şizo-obsesif tip" önerisinde bulunmuşlardır. Hem OKB hem de psikoz semptomları sergileyen vakaların biyolojik olarak OKB ve ilişkili spektrum bozukluklarına mı yoksa şizofreni hastalarına mı daha yakın olduğu konusunda net bir uzlaşı sağlanamamıştır(112). Poyurovsky ve Koran'a göre; OKB-şizofreni spektrumu; OKB, zayıf içgörülü OKB, şizotipal kişilik bozukluğu ile OKB, obsesif kompulsif semptomlu şizofreni, OKB'li şizofreni ve saf şizofreni gibi durumları içermektedir(111). Psikotik semptomların temel belirleyici görüldüğü bozukluklar DSM-5'te şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında bulunmaktadır(32). Şizo-obsesif bozukluk kategorisinin de buraya dahil edilmesi tartışılmıştır (108).

OKB ile psikotik semptomların birlikte görülmesini etkileyen faktörleri ve ortak noktalarını tanımlamak önemlidir, çünkü bu birliktelik daha ağır klinik, daha düşük işlevsellik, daha yüksek intihar riski ile ilişkilendirilmiştir (106,113,114). Obsesif-kompulsif semptomatoloji ile psikotik semptomatoloji için bazı ortak noktalar şöyle sıralanabilir; Her iki patoloji de müdahaleci ve kontrolü güç deneyimler barındırır (115). OKB'deki müdahaleci fikirlerin herhangi bir dış kaynağa atfedildiği zaman yabancı olarak deneyimlenebildiği ve varsanı olarak algılanabildiği ileri sürülmüştür. İçgörüsü düşük ya da içgörüsü olmayan OKB hastalarında müdahaleci

bir düşüncenin, obsesyon mu yoksa sanrı mı olduğunun ayrımını yapmak, klinisyenler açısından güçlük oluşturabilmektedir (104,116,117). Bazı pozitif psikotik semptomlar, tekrarlayıcı davranışlara yol açabilmesi nedeniyle kompulsiyonlarla da benzerlik gösterebilmektedirler (104). OKB ile kronik psikotik bozukluklar, başlangıç yaşı, dağılımı, yaşam boyu klinik sunumları ve kronik, zaman zaman şiddetlenen bir seyir göstermeleri yönünde benzerlikler gösteren bozukluklardır(111,118).

2.3. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE ALGILANAN STRES

2.3.1. Tanım ve Sınıflandırma

Stres, biyolojik yapının ruhsal veya fiziksel sınırlarının tehdidi neticesinde ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bir durumun stres kaynağı olarak değerlendirilmesinde; onun kontrol edilebilirliği, öngörülebilirliği, yeniliği ve kişinin sınırlarını ne kadar zorladığı gibi faktörler etkilidir (119). Durumların stresli olarak değerlendirilebilmesi için kişi tarafından tehdit edici, zorlayıcı, zararlı olarak algılanması gerekir (120).

Başa çıkma; stresli durumları tolere edebilmek, yönetebilmek, kontrol altına alabilmek, en aza indirmek amaçlı gerçekleştirilen içsel veya eyleme dökülen çabalardır(121). Başa çıkma tutumları, stres algısına önemli katkıda bulunur ve uygun problem çözme stratejilerini devreye sokabildiği, stres karşısında duygusal düzenlemeyi sağlayabildiği ölçüde etkili kabul edilebilir (120). Başa çıkma kaynaklarının kökenleri genetik ve erken çevre etkileşimleri ile açıklanmaktadır. Tehdit algısı oluşmasında rol alan amigdala ve dorsal anterior singulat korteks ile strese karşı uyum tepkileri ile ilişkilendirilen prefrontal korteksin belirli bölgeleri başa çıkma süreçlerine dahil olan sinir yolları olarak ele alınmaktadır (121).

Başa çıkma tutumlarını sınıflandırmaya yönelik çeşitli çalışmalar yapılmış ve ölçekler geliştirilmiştir. Ancak kategorilerin basit bir listesi bile çok sayıda isimlendirme içermektedir. Başa çıkmanın temel boyutlarının belirlenmesi en sık kullanılan ölçümlerde yer alan kategorilere dayanarak gerçekleşmiştir. Çeşitli başa çıkma alt boyutlarının uygulanmasında farklı ölçümler ve çalışmalarda net bir

tutarlılık sağlanamadığı belirtilmiştir (122). Literatürde başa çıkma kavramını sınıflandırma modelleri arasında en yaygın kabul görenlerden biri, Lazarus ve Folkman'ın başa çıkma modelidir. Lazarus ve Folkman, başa çıkma tutumlarını amaca göre kategorize ederek; problem odaklı ve duygu odaklı olarak iki ana grupta sınıflandırmıştır(120). Problem odaklı başa çıkma tutumları, bireyin içinde bulunduğu sorun teşkil eden durumu çözmeye yönelik, sorunun ana kaynağına ilişkin mevcut koşulları değiştirmeye çalışmasıdır. Strese neden olan durumu doğrudan ele alarak, çözüm için plan yapma, stresör hakkında bilgi edinme, sorunu çözme ve yönetme sürecine odaklanma gibi adımları kapsar. Duygu odaklı başa çıkma tutumları ise mevcut sorunun verdiği sıkıntıyı hafifletmeye, emosyonel stresi yönetmeye yönelik bireyin verdiği tepkiyi değiştirmeye çalışmasıdır (123,124) . Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma yöntemleri, birbirinden tamamen ayrı ya da karşıt durumlar olarak değerlendirilmemelidir. Her iki yöntemin işlevlerine birlikte bakıldığında, aslında birbirini tamamlayıcı nitelikte oldukları ve bir bütün olarak birbirini destekleyen, uyum içindeki süreçlerin parçaları oldukları görülmektedir(125).

Suls ve Fletcher ise başa çıkma tutumlarını stres kaynaklarına yaklaşma veya bunlardan kaçınma (yaklaşım odaklı ve kaçınmacı başa çıkma) şeklinde gruplandırmış ve yaptıkları meta-analiz çalışmasında; kaçınma tutumlarının kısa vadede olumlu uyum ile ilişkilendirilebildiğini, ancak uzun vadeli sonuçlar açısından kaçınma içermeyen tutumların daha olumlu sonuçlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (126)**.** Billings ve Moos, başa çıkma tutumlarını yönteme göre (aktif-davranışsal, aktif-bilişsel ve kaçınmacı) ve odağa göre (problem odaklı, duygusal odaklı) ayırarak incelemişlerdir. Aktif başa çıkma yöntemleri; karşılaşılan stresöre yönelen, stresörü değişime uğratmayı amaçlayan bilişsel veya davranışsal yanıtlardır. Kaçınmacı yaklaşım ise alkol alımı, daha fazla sigara içmek gibi davranışlarla gerilimi azaltmaya ya da sorundan kaçmaya yönelik çabalardır. Başa çıkmada ister davranış odaklı ister duygu odaklı olsun aktif baş etme yöntemlerinin daha etkili olduğu ve kaçınmacı başa çıkma yöntemlerinin elverişsiz sonuçlar için risk faktörü olarak görüldüğü belirtilmektedir (127). En temelde ise uyuma yönelik olan ve uyuma yönelik olmayan tutumlar şeklinde bir ayrım yapılabilmektedir. Uyuma yönelik olmayan başa çıkma

tutumları, stres oluşturan etkenler ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır(128).

Stres ve başa çıkma teorisinde, stresli bir durumla ilgili bilişsel yeniden değerlendirme süreçleri, başa çıkma süreçlerinin önemli öncülleri olarak kabul edilir(120). Başa çıkma, stres tepkilerini iki temel şekilde etkiler: Birincisi; problem odaklı başa çıkma eylemleri sonucunda bir kişinin çevresiyle olan ilişkisinin değişmesi neticesinde psikolojik stresin koşulları da olumlu yönde değişebilir. Duygu odaklı başa çıkma ise kişinin yaşanan duruma nasıl odaklandığını veya bunu nasıl yorumladığını değiştirerek stres tepkisini etkileyebilir. İkincisi; bir tehdidin daha az tehdit edici bir şekilde yeniden yorumlanması, stres tepkisinin bilişsel temelini ortadan kaldırabilir (123). Etkili başa çıkma tutumları, olayların daha az stresli algılanmasını ve değişime daha açık olarak değerlendirilmesini sağlayarak fayda göstermektedir(129). Uyuma yönelik tutumların, psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasında rolü olabilmektedir (128). Bu sebeplerle başa çıkma; hem kendi başına önemli bir süreç olarak hem de stresin zihinsel ve fiziksel sağlık üzerine olan olumsuz etkilerini azaltmak için potansiyel bir araç olarak değerlendirilebilir(121).

2.3.2. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Başa Çıkma ve Algılanan Stres

OKB hastalarının stres duyarlılığının arttığı bilinmektedir. Stres yaratan durumlar, OKB başlangıcını tetikleyebildiği gibi, halihazırda OKB tanılı hastaların semptomları stresli dönemlerinde artmaktadır. OKB hastalarında kortizol düzeylerinin ve öz bildirim anketleri ile bildirdikleri stres seviyelerinin, kontrollere göre belirgin şekilde yüksek olduğu ve hastalık şiddeti ile paralel olduğu gösterilmiştir (130).

Bilişsel-davranışçı modellere göre, obsesyonlar normal müdahaleci düşüncelerden kaynaklanmakta olup, bu düşüncelerin artışında uyumsuz başa çıkma tutumları önemli bir rol oynamaktadır. Etkisiz başa çıkma tutumlarının, düşünce eylem füzyonu gibi bilişsel yanılgılar ile birleşerek OKB gelişimine yol açtığı öne sürülmektedir (49,131). Müdahaleci bir düşünceyle karşılaşan bireyler, sıkıntı hissederek bu düşünceleri kontrol altına almak için çeşitli başa çıkma tutumlarına başvururlar (131). Bu bağlamda kompulsiyonlar obsesif düşüncelerden korunabilmek

için kullanılan disfonksiyonel başa çıkma tutumları olarak anlaşılabilir. Kompulsif ritüeller, kısa vadede bir miktar başarılı olsa da giderek etkileri azalır ve daha fazla zaman almaya, karmaşık hale gelmeye başlarlar (59). OKB hastalarının genellikle kullandıkları başa çıkıma tutumlarının uzun vadede etkisiz olduğu ve düşüncelerin tehlikeli olduğuna dair inançları pekiştirdiği, düşüncelerin daha fazla önemsenmesine yol açarak obsesyon ve kompulsiyonların şiddetini artırdığı öne sürülmektedir (131). Ayrıca, OKB hastalarında uyumsuz ve kaçınmacı başa çıkma tutumlarının düşük içgörü ve semptomlara direnç ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (59).

2.3.3. Psikoz Benzeri Yaşantılar ile Başa Çıkma ve Algılanan Stres İlişkisi

Psikoz sürekliliği boyunca bireylerin strese karşı duyarlılığının arttığına dair kanıtlar vardır (132). Psikoz açısından yüksek risk aşamasındaki bireylerde algılanan stres hakkındaki bilgiler sınırlı olmakla birlikte, psikoz riski arttıkça bu bireylerin olayları daha stresli olarak algılamaya yatkın oldukları; bildirdikleri psikososyal stres seviyelerinin ve küçük stresörlere karşı verdikleri duygusal tepkinlerin daha yüksek olduğu, ayrıca aktif başa çıkma tutumlarını daha sınırlı seviyede kullanabildikleri bildirilmiştir (133,134). Algılanan stres seviyesinin psikoz benzeri yaşantılarla önemli ölçüde ilişkili olduğu ve daha yüksek düzeyde uyumsuz başa çıkma stratejisinin bu ilişkiye aracılık ettiği de gösterilmiştir (16). Stres hassasiyetinin psikotik belirtiler ile olan ilişkisi, nörobiyolojik açıdan; hipotalamus-hipofiz-adrenal aks düzensizliğiyle açıklanmaktadır. Bu durumun, mezolimbik dopamin hassasiyetinde ve stresle tetiklenen striatal dopamin salınımında artmaya yol açtığı ileri sürülmektedir. Ayrıca bazı ön kanıtlar, COMT ve BDNF genlerindeki polimorfik varyasyonların, psikoz gelişimi ile stres algısı etkileşimde rol oynadığını göstermektedir(132).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırma, Ağustos 2024- Mayıs 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.1. ÖRNEKLEM

Minimum örneklem büyüklüğü hesaplanırken; G*Power 3.1.9.2 paket programı kullanılmıştır. Daha önce benzer bir araştırmada, OKB hastalarının TPYÖ pozitif boyutu ortalamasının 36.52±9.48, kontrol grubunun ise 27.33±4.75 olarak rapor edildiği gözlenmiştir. Bu sonuçlardan hareketle, mevcut çalışmada; Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran; ayaktan ya da yatarak tedavi gören OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireyler arasında, TPYÖ pozitif boyutu toplam puanlarındaki 6 puanlık farkın anlamlı kabul edileceği varsayımı ile d=0.82 etki büyüklüğü (effect size), %95 power ve 0.05 yanılma düzeyinde, hasta ve kontrol gruplarına en az 40'ar kişi olmak üzere toplamda en az 80 katılımcının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemi oluşturulurken 01.08.2024-15.12.2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde ayaktan veya yatarak tedavi gören ve DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) uygulanarak yapılan klinik değerlendirme sonucunda OKB tanısını karşılayan toplam 91 OKB olgusu değerlendirilmiştir. Bu olgular arasında; 11 kişi ölçüm araçlarını anlayacak düzeyde okuryazarlık ve eğitim yeterliliğine sahip olmamaları nedeniyle, 9 kişi uygun yaş aralığında olmamaları nedeniyle, 27 kişi ek psikiyatrik bozukluklar veya ruhsal psikopatolojiyi etkileyebilecek tıbbi komorbiditeler nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuçta dahil edilme kriterlerine uygun 44 OKB olgusu belirlenmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu ise gönüllülük esasına göre, araştırmacının çevresi aracılığıyla ulaşılabilen katılımcılar, genel hastane personeli ve hasta refakatçileri arasından seçilmiştir. Kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından OKB grubu ile benzer özellikler taşıyan bireylerden oluşturulması amaçlanmıştır. Neticede,

araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerine uygun 44 OKB olgusu ve 44 sağlıklı gönüllü kontrol oluşturmuştur.

3.2. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlamadan önce, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu (EPK) tarafından verilen 08.05.2024 tarihli ve 10 numaralı karar ile gerekli izin alınmıştır. Sonrasında, araştırmanın tez konusu, Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu tarafından 14.05.2024 tarihinde gerçekleştirilen toplantıda değerlendirilmiş ve 21.05.2024 tarihli, 360501 sayılı evrak ile uygun bulunarak kabul edilmiştir. Araştırma projesi, Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.06.2024 tarihli, 2024/06 toplantı numaralı ve 2024-347 proje/karar numaralı değerlendirme raporu ile etik açıdan uygun bulunmuştur. Araştırma iznine ilişkin belgeler EK-1, EK-2 ve EK-3'te yer almaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen araştırmanın gerekli izinlerinin alınması, veri toplama, istatistik ve tez yazım gibi tüm aşamaları, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi kriterleri doğrultusunda yürütülmüştür. Ayrıca, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu EK-4'te sunulmuştur.

3.3. PROSEDÜR

Çalışmaya dahil edilen OKB olguları ve sağlıklı kontroller çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve her katılımcıdan gönüllü onam formu alınmıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan hastaların araştırmacı tarafından ayrıntılı anamnezleri alınmıştır. Her iki grubun yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişi gibi verileri, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri toplama formuna kaydedilmiştir. Katılımcılar, araştırmacı tarafından DSM-5'e yönelik Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) ile değerlendirilmiştir. Her katılımcının, Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Coping Orientation to Problems Experienced-COPE), Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10) formlarını

doldurmaları istenmiştir. DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı kapsamında değerlendirilen hasta grubuna ayrıca, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırma 21.05.2024 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Tez inceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulunca incelenmiş ve E-86241737-100- - 360501 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk grubu

Dahil edilme kriterleri

1. Psikiyatri kliniğine başvurup DSM-5 tanı ölçütlerine göre "Obsesif Kompulsif Bozukluk'' dahilinde tanı almış olmak

2. Çalışmada uygulanan ölçüm araçlarını anlayabilecek; soruları bağımsız olarak yanıtlayabilecek düzeyde okuryazarlık ve eğitim seviyesine sahip olmak

3. 18-65 yaş arasında olmak

4. Çalışmaya katılım için yazılı ve sözlü onam vermek

Dışlama kriterleri:

1. DSM-5'e göre kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk, alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı bulunması

2. Nörolojik bir hastalığı (Epilepsi, ensefalit, menenjit, organik mental bozukluk, demans, serebrovasküler hastalık vb.) olanlar

3. Kafa travması öyküsü olanlar

4. Mental retardasyon tanısı olanlar

5. Ruhsal psikopatolojiyi etkileyecek komorbid hastalığı bulunanlar

Sağlıklı Kontrol grubu

Dahil edilme kriterleri

1. DSM-5'te yer alan herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın saptanmamış olması

2. 18- 65 yaş arasında olmak

3. Çalışmada uygulanan ölçüm araçlarını anlayabilecek; soruları bağımsız olarak yanıtlayabilecek düzeyde okuryazarlık ve eğitim seviyesine sahip olmak

4. Çalışmaya katılım için yazılı ve sözlü onam vermiş olmak

Dışlama kriterleri:

1. Halihazırda ve daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olmak ve/veya psikiyatrik bir tedavi kullanmış olmak

2. Geçmişte ya da halen psikoaktif madde kullanımının olması

3. Nörolojik bir hastalığı (Epilepsi, ensefalit, menenjit, serebrovasküler hastalık vb.) olanlar

4. Kafa travması öyküsü olanlar

5. Mental retardasyon tanısı olanlar

6. Ruhsal psikopatolojiyi etkileyecek komorbid hastalığı bulunanlar

3.4. UYGULANAN ÖLÇÜM ARAÇLARI

Sosyodemografik veri toplama formunun ve klinik değerlendirme ölçeklerini içeren formların bir örneği eklerde sunulmuştur.

3.4.1. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV)

Klinisyen tarafından puanlanmakta olup, toplam 10 modülden oluşmaktadır. DSM-5'te yer alan tanı ölçütlerine göre tanı koydurucu sorular yer almaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (135). Ölçek kullanım izni alınmıştır.

3.4.2. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma ve ekonomik durumları gibi bilgiler sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri toplama formunun bir örneği EK-5'te sunulmuştur.

3.4.3. Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ)

Ölçek, toplam 42 sorudan oluşan öz-bildirim aracıdır. Peters Hezeyan Envanteri (PDI-21) esas alınarak Stefanis ve ark. tarafından geliştirilmiştir (78). İlk kez Kornings ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (84). Şizofrenide Gen-Çevre Etkileşimi Çalışması İçin Avrupa Şizofreni Ağı Dahilinde Türkiye Şizofreni Ağı Çalışması kapsamında Meram Can Saka ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiştir (136). Türkçe versiyonun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Oya Mortan Sevi ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir(137). Cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0,91 saptanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık değerleri 0,79 ile 0,83 arasında değişmiştir. Yarı bölme güvenirlik katsayısı pozitif, negatif, depresif alt boyutlar için sırasıyla 0,66, 0,82, 0,78, ölçeğin tamamı için 0,84

bulunmuştur. TPYÖ toplam sıklık puanıyla Semptom Değerlendirme Ölçeği arasındaki korelasyonu katsayısı 0,77, Otomatik Düşünceler Ölçeği puanıyla korelasyonu 0,7 saptanmıştır. Ayrıca Otomatik Düşünceler Ölçeği ile pozitif, negatif ve depresyon alt boyutlarının korelasyonu sırasıyla 0,46, 0,65, 0,76 saptanmıştır (137). Bu ölçüm aracı; pozitif psikotik deneyimler için 20, negatif belirtiler için 14 ve depresif belirtiler için 8 madde olmak üzere üç ana kategoriden oluşmaktadır. Her bir deneyim, yaşanma sıklığı ve bireyde yarattığı rahatsızlık olmak üzere iki farklı boyutta değerlendirilmektedir. Deneyimlerin yaşanma sıklığı "hiçbir zaman" (1) ile "neredeyse her zaman" (4) arasında değişen bir skala ile puanlanır. Eğer kişi bir deneyimi "hiçbir zaman" olarak puanlanmamışsa, yarattığı sıkıntıyı da kesinlikle hiçbir zaman (1) ile neredeyse sürekli (4) arasında puanlamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, psikoz benzeri deneyimlerin daha sık yaşandığını ve daha fazla rahatsızlık yarattığını gösterir. Pozitif, negatif ve depresif olmak üzere üç alt ölçek için toplam puan elde edilebilmekte ve bu alt ölçeklerin bağımsız olarak da kullanılabilmesini sağlamaktadır. Hipomani ve dezorganizasyon ölçütleri genel popülasyonda öz bildirimle güvenilir şekilde ölçülemeyeceği düşünülerek TPYÖ'ye dahil edilmemiştir. Her bir belirtinin örneklemde yaygınlığını kategorik olarak hesaplayabilmek için “hiçbir zaman” veya “bazen” şeklindeki yanıtlar 0 (yaşantı yok), “sıklıkla” veya “neredeyse sürekli” şeklindeki yanıtlar ise 1(yaşantı var) olarak kodlanmaktadır (78).

Ölçek, psikotik deneyimlerin pozitif, negatif ve depresyon alt boyutlarını ayrı ayrı değerlendirebilme olanağı sağlaması, PBY’leri ölçen diğer ölçeklere kıyasla daha fazla maddeden oluşması ve alt boyutlarının bulunması yönüyle kapsamlı bir değerlendirme yapabilme olanağı sağlamaktadır (137). Ölçek kullanım izni alınmıştır. Ölçeğin bir kopyası EK-6’da sunulmuştur.

3.4.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Ölçek, 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak, 1989’da Carver ve arkadaşları tarafından Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Coping Orientation to Problems Experienced -COPE) olarak geliştirilmiştir (138,139). 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçe

geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin cronbach α değeri 0.79 ve alt ölçeklere ait puanların toplam puanla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur (128). Bu ölçek yardımıyla kişilerin günlük yaşamlarında bunaltı verici ve zor olaylar karşısında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan ve 15 alt ölçekten oluşan dörtlü Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır ve bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı tanır. 15 alt ölçek şu şekildedir: Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59), zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), inkâr (6, 27, 40, 57),dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), şakaya vurma (8, 20, 36, 50), davranışsal olarak boş verme (9, 24, 37, 51), geri durma (10, 22, 41, 49), duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52), madde kullanımı (12, 26, 35, 53), kabullenme (13, 21, 44, 54), diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), plan yapma (19, 32, , 56). Bu 15 alt ölçek de kendi içinde; sorun odaklı başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma olarak gruplanmıştır. Ölçek kullanım izni alınmıştır. Ölçeğin bir kopyası EK-7'de sunulmuştur.

SORUN ODAKLI BAŞA ÇIKMA

- Yararlı sosyal destek kullanımı
- Aktif başa çıkma
- Geri durma
- Diğer meşguliyetleri bastırma
- Plan yapma

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA

• Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme

• Dini olarak başa çıkma

• Şakaya vurma

• Duygusal sosyal destek kullanımı

• Kabullenme

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA

• Zihinsel boş verme

• Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma

• İnkâr

• Davranışsal olarak boş verme

• Madde kullanımı

3.4.5. Algılanan Stres Ölçeği-10 (ASÖ-10)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilen ve orijinalinde toplam 14 maddeden oluşan bir kendi bildirim ölçeğidir (140). Ölçek, kişinin deneyimlediği durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi "hiçbir zaman (0)" ila "çok sık (4)" arasında değişen beşli Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si (4-5-6-7-9-10- 13) tersten puanlanmaktadır. Yüksek puanlar bireyde stres yaşantısının fazla olduğunu işaret etmektedir. 14 maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ'nün 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Mevcut çalışmada 10 maddelik formu kullanılacaktır. Türkçe uyarlaması Eskin ve arkadaşları tarafından yapılarak üç farklı formunun geçerliği sınanmıştır. Her formun iç tutarlılık katsayılarının sırasıyla .84, .82 ve .66 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kullanılacak

olan 10 maddelik Türkçe formun test-tekrar-test güvenirliği .88 bulunmuştur (141). Ölçek kullanım izni alınmıştır. Ölçeğin bir kopyası EK-8'de sunulmuştur.

3.4.6. Yale-Brown Obsesyon- Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

Obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ve türünün ölçülmesi için Goodman ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Semptom şiddetinin obsesyon ya da kompulsiyonların miktarından ve tipinden bağımsız şekilde ölçülmesini sağlayan ölçek klinisyen tarafından doldurulmaktadır. Obsesyon ve kompulsiyonların hastanın zamanını ne ölçüde tükettiği, normal işlevselliğini ne ölçüde etkilediği, öznel olarak ne derecede rahatsızlık hissettiği, direnebilme ve kontrol edebilme düzeyi değerlendirilmektedir. Toplam 19 maddeden oluşur. İlk 10 madde puanlamaya katılır (5 soru obsesyon, 5 soru kompulsiyon) ve maddeler 0-4 arası puanlanır. 11. maddesi ile içgörüde bozulma düzeyi değerlendirilmektedir. Bu madde içgörüyü tek boyutta ve kategorik olarak değerlendirir. 0 mükemmel içgörüye, 4 ise içgörünün hiç olmadığına işaret eder (142). Obsesyon toplam puanı 0-20, kompulsiyon toplam puanı 0-20, ölçeğin toplam puan 0-40 arasında değişebilir. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde sınıflandırılmaktadır: 0-13 hafif, 14-25 orta, 26-34 orta-şiddetli, 35-40 şiddetli. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (143). Ölçek kullanım izni alınmıştır. Ölçeğin bir kopyası EK-9'da sunulmuştur.

3.4.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyonun şiddetini değerlendirmek için 1960 yılında M. Hamilton tarafından geliştirilmiştir (144). Orijinal ölçek 21 madde olmasına rağmen, M. Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış ve kesme noktaları 23 <; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve 7> normal olarak saptanmıştır. İç tutarlık katsayısı 0,75, güvenirlik katsayısı ise 0,76 olarak, Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonu 0,48, Klinik Global İzlenim Ölçeği ile korelasyonu 0,56 olarak bulunmuştur (145). Ölçeğin maddeleri 0-4 ve 0-2 arasında puanlanmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 51'dir. Ölçeğin bir kopyası EK-10'da sunulmuştur.

3.4.8. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir (146). Görüşmeci tarafından değerlendirilen yarı yapılandırılmış beşli Likert tipinde 14 soruluk bir ölçektir. Sorular 0-4 puan arasında değerlendirilir ve en yüksek alınabilecek puan 56'dır. 0-4 puan arası anksiyete yok, 17'nin altı hafif derecede, 18-24 orta derecede, 25'in üstü şiddetli ve ağır derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 1998'de Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır (147). Ölçeğin bir kopyası EK-11'de sunulmuştur.

3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde (%) değerleriyle raporlanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için Bağımsız Örneklemler t Testi, normal dağılım göstermeyenler için ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında, Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır.

TPYÖ puanlarının ikiden fazla gruba sahip değişkenlerle karşılaştırılmasında, normal dağılıma uyan verilerde Tek Yönlü Varyans Analizi, normal dağılıma uymayan verilerde ise Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sürekli veriler ve ölçek puanları ile TPYÖ puanları arasındaki ilişkiler Spearman's Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. TPYÖ puanlarını açıklamada hangi değişkenlerin etkili olduğu Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon analizi ile incelenmiştir. Ölçek puanlarının aracı değişken analizinde Hayes Proses yöntemi ile Mediatör Analizi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde IBM SPSS, Version 20.0 (Chicago, IL, USA) programı kullanılmış olup, istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. OKB VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mevcut çalışmanın örneklemini 44 OKB tanılı birey ve 44 sağlıklı birey olmak üzere toplamda 88 birey oluşturmuştur.

OKB grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki bireyler arasında yaş, cinsiyet, yükseköğretim mezunu olma, kiminle yaşadıkları, yaşadıkları bölge, sigara kullanımı, bilinen ek tıbbi hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da geçmişte veya halihazırda alkol veya madde kullanımı olan katılımcı mevcut değildir.

İki grup arasında medeni durum, iş durumu, gelir durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması açısından anlamlı fark saptanmıştır. Bu sonuçlara göre; OKB grubunda çalışmama, gelirin giderden düşük olması, bekar olma, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma oranlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında yükseköğretim mezunu olma açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (OKB: %45.5, sağlıklı kontroller: %43.2). Eğitim düzeyleri daha detaylı incelendiğinde, ilk ve ortaokul mezunu olma oranlarının OKB grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Grupların sosyodemografik özellikleri ve gruplar arası farklar Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

	OKB (n=44)		KONTROL (n=44)			
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)		Ort±SS Ortanca (Min-Max)		Test istatistiği	p
Yaş	36.48±11.95 37 (19-58)		39.41±10.36 37 (23-62)		U=816.5	0.206 [b]
	n	**%**	**n**	**%**		
Cinsiyet						
Kadın	30	68.2	30	68.2	χ^2 =0.000	1.000 [c]
Erkek	14	31.8	14	31.8		
Medeni durum						
Bekar	22	50.0	9	20.5	χ^2 =9.462	**0.004** [c]
Evli	19	43.2	33	75.0		
Boşanmış/dul	3	6.8	2	4.5		
İş durumu						
Çalışmıyor	27	61.4	10	22.7	χ^2 =18.912	**<0.001** [c]
Düzenli çalışıyor	14	31.8	34	77.3		
Kısmi çalışıyor	3	6.8	0	0		
Eğitim durumu						
İlkokul	7	15.9	3	6.8	χ^2 =8.074	**0.043** [c]
Ortaokul	6	13.6	1	2.3		
Lise	11	25.0	21	47.7		
Üniversite	20	45.5	19	43.2		
Üniversite mezuniyeti						
Hayır	24	54.5	25	56.8	χ^2 = 0.046	0.830 [c]
Evet	20	45.5	19	43.2		
Yaşadığı bölge						
İl merkezi	32	72.7	35	79.5	χ^2 =0.563	0.453 [c]
İlçe merkezi	12	27.3	9	20.5		
Kiminle yaşıyor						
Aile	36	81.8	41	93.2	χ^2 = 4.03,	0.133[c]
Yalnız	5	11.4	1	2.3		
Diğer	3	6.7	2	4.5		
Ekonomik durum						
Geliri giderden az	18	40.9	8	18.2	χ^2 =6.075	**0.048** [c]
Geliri gidere eşit	14	31.8	23	52.3		
Geliri giderden fazla	12	27.3	13	29.5		
Sigara kullanımı						
Yok	24	54.5	25	56.8	χ^2 =0.046	0.830 [c]
Var	20	45.5	19	43.2		
Bilinen ek tıbbi hastalık						
Yok	33	%75	31	%70.5	χ^2 = 0.228	0.630 [c]
Var	11	%25	13	%29.5		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü						
Yok	24	54.5	36	81.8	χ^2 =7.543	**0.006** [c]
Var	20	45.5	8	18.2		

b: Mann Whitney U test c: Chi-Square Test/Fisher's Exact test

4.2. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK GRUBUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI

OKB grubunun klinik özellikleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. OKB Grubunun Klinik Özellikleri

	OKB (n=44)	
	n	**%**
Öz kıyım girişimi		
Yok	34	77.3
Var	10	22.7
Halen ilaç kullanımı		
Yok	4	9.1
Var	40	90.9
Halen kullanılan ilaç türü (n=40)		
Antidepresan	19	47.5
Antidepresan ve Antipsikotik	21	52.5
Farmakoterapi+BDT Hayır Evet	 40 4	 %90.9 % 9.1
Psikiyatrik hastalık sebebiyle hastane yatışı		
Yok	36	81.8
Var	8	18.2

**n yerine ort, % yerine ss verilmiştir.*

OKB Grubunun Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği Puanları

OKB grubunun YBOKÖ puanları ve YBOKÖ 11. sorusu ile değerlendirilen içgörü puanları Tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların %45,5'inin hastalık şiddetinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. OKB Grubunun YBOKÖ Puanları

	OKB (n=44)	
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
YBOKÖ-O	12.02±3.25 12 (4-20)	
YBOKÖ-K	10.84±4.21 11 (1-19)	
YBOKÖ-T	22.95±6.44 22.5 (13-38)	
	n	**%**
YBOKÖ-T		
Hafif (8-15)	7	15.9
Orta (16-23)	20	45.5
Ağır (24-31)	12	27.3
Çok ağır (32-40)	5	11.4
YBOKÖ-İ		
0 (Mükemmel içgörü)	10	22.7
1 (İyi içgörü)	13	29.5
2(Orta derecede)	14	31.8
3 (Zayıf içgörü)	6	13.6
4(İçgörü kaybolmuş)	1	2.3

SS: Standart sapma,
YBOKÖ-T: Yale Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği toplam skoru,
YBOKÖ-O: Yale -Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği- Obsesyon alt ölçeği skoru
YBOKÖ-K: Yale -Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği- Kompulsiyon alt ölçeği skoru
YBOKÖ-İ: Yale -Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği- İçgörü skor

OKB Grubunun Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği Puanları

OKB grubunun HAM-D ve HAM-A puanları Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre; hastaların %43,2'sinin depresyon puanı "normal", %68,2'sinin anksiyete puanı "hafif" olarak bulunmuştur. Hastalarda klinik düzeyde ek psikiyatrik tanı tespit edilmemiş olmakla beraber, depresyon ve anksiyete belirtilerinin varlığı belirli bir seviyeye kadar kabul edilmiştir.

Tablo 4.4. OKB Grubunun HAM-D ve HAM-A Puanları

	OKB (n=44)	
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	
Hamilton Depresyon	9.75±5.07 8.5 (0-23)	
Hamilton Anksiyete	13.11±5.98 13 (0-28)	
	n	**%**
HAM-Depresyon		
Normal (≤7)	19	43.2
Hafif (8-13)	14	31.8
Orta (14-18)	8	18.2
Şiddetli (19-22)	2	4.5
Çok Şiddetli (≥23)	1	2.3
HAM-Anksiyete		
Yok 0-4)	4	9.1
Hafif (5-17)	30	68.2
Orta (18-24)	8	18.2
Şiddetli (>25)	2	4.5

4.3. OKB VE KONTROL GRUBUNUN TOPLUMDA PSİŞİK YAŞANTILARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TPYÖ) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

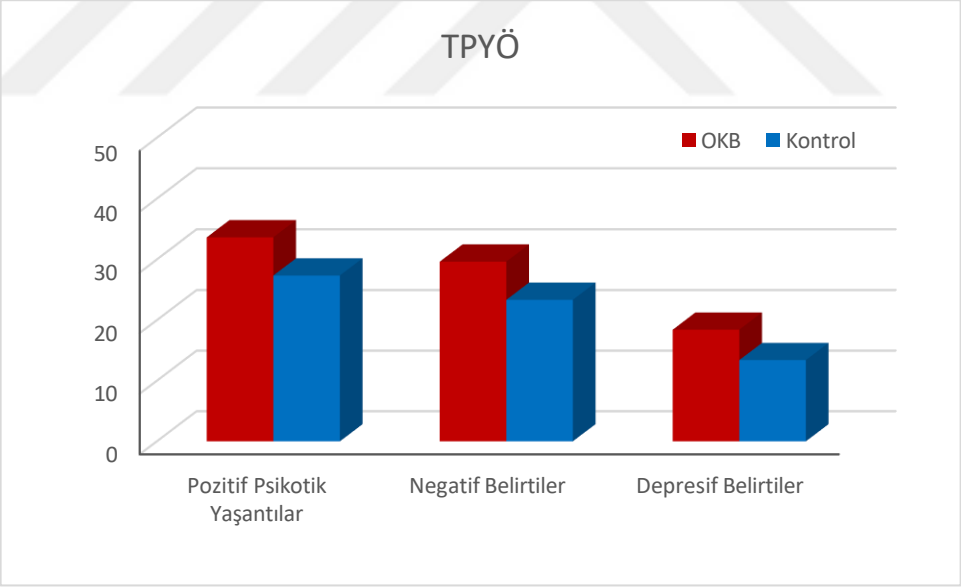
OKB olgularının TPYÖ-Pozitif, Negatif ve Depresif boyut puanları, her üç psikoz boyutu açısından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. OKB olgularının; TPYÖ-Pozitif alt boyutlarından; kötülük görme düşünceleri, algısal tuhaflıklar, bizar yaşantılar ve grandiyöz düşünceler puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

TPYÖ-Negatif alt boyut puanlarından avolüsyon ve sosyal içe çekilme puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Duygusal küntlük alt boyut puanları arasında fark bulunmadı (Tablo 4.5, Grafik 4.1).

Tablo 4.5. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Sıklık Puanlarının Karşılaştırılması

	OKB (n=44)	KONTROL (n=44)		
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Test istatistiği	p
TPYÖ Pozitif	34.64±8.37 33 (20-57)	27.36±3.99 27 (21-37)	t=5.200	**<0.001** [a]
Kötülük görme düşünceleri	14.66±4.21 15 (7-26)	11.00±1.77 11 (8-16)	U=458.0	**<0.001** [b]
Algısal tuhaflıklar	6.45±1.60 6 (5-13)	5.41±0.69 5 (5-8)	U=549.0	**<0.001** [b]
Bizar yaşantılar	9.89±2.86 9 (6-17)	7.86±1.81 7 (6-13)	U=525.5	**<0.001** [b]
Grandiyöz düşünceler	3.64±1.48 3 (2-8)	3.09±1.46 3 (2-8)	U=723.0	**0.034** [b]
TPYÖ Negatif	29.64±6.60 31 (17-41)	23.36±4.97 24 (15-34)	t=5.035	**<0.001** [a]
Avolüsyon ve sosyal içe çekilme	25.95±5.79 27 (15-36)	20.00±4.50 20 (13-31)	t=5.382	**<0.001** [a]
Duygusal küntlük	3.68±1.50 4 (2-7)	3.36±1.03 3 (2-6)	U=881.0	0.452 [b]
TPYÖ Depresif	18.43±4.96 17.5 (10-31)	13.41±2.52 13.5 (9-19)	t=5.983	**<0.001** [a]

a: Bağımsız Gruplarda t test
b: Mann Whitney U



Grafik 4.1. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin TPYÖ Sıklık Puanları

PBY varlığı/yokluğunu kategorik olarak değerlendirebilmek amacıyla, katılımcıların dörtlü Likert tipinde bir ölçek olan TPYÖ maddelerine verdikleri "hiçbir zaman" veya "bazen" yanıtları o madde için "yaşantı yok", "sıklıkla" veya "neredeyse her zaman" yanıtları ise "yaşantı var" olarak yeniden düzenlenmiş ve gruplar bu

şekilde tekrar karşılaştırılmıştır. Buna göre, en az bir PBY bildiren kişi sayısının OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. OKB grubundaki katılımcıların %84,1'i, kontrol grubundaki katılımcıların ise %65,9'u en az bir pozitif psikotik yaşantı bildirmiştir (Tablo 4.6).

Her iki grupta "sıklıkla'' veya "neredeyse her zaman'' olarak bildirilen PBY'lerin sayısı karşılaştırıldığında; OKB grubunun her üç psikoz boyutu için bildirdiği yaşantı sayısının sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Her iki grupta en yaygın bildirilen PBY'nin "bazı insanların göründükleri gibi olmadığını hissetmek" yaşantısı olduğu, "diğer insanların görmediği nesneleri, kişileri ya da hayvanları görmek" yaşantısının ise hiçbir katılımcı tarafından var olarak bildirilmediği gözlemlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.6. OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Boyutlarının Kategorik Olarak Değerlendirilmesi

	OKB (n=44)		KONTROL (n=44)		Test istatistiği	p
	n	**%**	**n**	**%**		
TPYÖ-Pozitif yaşantısı						
Yok	7	15.9	15	34.1	χ^2 =3.86	**0.049** [c]
Var	37	84.1	29	65.9		
Kötülük görme düşünceleri yaşantısı						
Yok	10	22.7	19	43.2	χ^2 =4.166	**0.041** [c]
Var	34	77.3	25	56.8		
Algısal tuhaflıklar yaşantısı						
Yok	30	68.2	42	95.5	χ^2 =11.000	**0.001** [c]
Var	14	31.8	2	4.5		
Bizar yaşantılar yaşantısı						
Yok	16	36.4	40	90.9	χ^2 =28.286	**<0.001** [c]
Var	28	63.6	4	9.1		
Grandiyöz düşünceler yaşantısı						
Yok	32	72.7	38	86.4	χ^2 =2.514	0.113 [c]
Var	12	27.3	6	13.6		
TPYÖ-Negatif yaşantısı						
Yok	7	15.9	20	45.5	χ^2 =9.030	**0.003** [c]
Var	37	84.1	24	54.5		
Avolüsyon ve sosyal içe çekilme yaşantısı						
Yok	7	15.9	21	47.7	χ^2 =10.267	**0.001** [c]
Var	37	84.1	23	52.3		

Tablo 4.6. (devam) OKB ve Kontrol Grubunda TPYÖ Boyutlarının Kategorik Olarak Değerlendirilmesi

Duygusal küntlük						
Yok	31	70.5	38	86.4	χ^2 =3.289	0.070 [c]
Var	13	29.5	6	13.6		
TPYÖ-Depresif yaşantısı						
Yok	4	9.1	24	54.5	χ^2 =20.952	**<0.001** [c]
Var	40	90.9	20	45.5		
TPYÖ-Toplam yaşantısı						
Yok	0	0	7	15.9	χ^2 =7.605	**0.006** [c]
Var	44	100	37	84.1		

c:Chi-Square Test/Fisher's Exact test

Tablo 4.7. OKB ve Kontrol Grubunun Psikoz Benzeri Yaşantı Sayıları Açısından Karşılaştırılması

	OKB (n=44)	KONTROL (n=44)		
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Test istatistiği	p
TPYÖ-Pozitif Yaşantı sayısı	3 (0-14)	1 (0-5)	U=443.0	**<0.001** [b]
Kötülük görme düşünceleri	2 (0-7)	1 (0-3)	U=539.0	**<0.001** [b]
Algısal tuhaflıklar	0 (0-3)	0 (0-1)	U=703.0	**0.001** [b]
Bizar yaşantılar	1 (0-4)	0 (0-3)	U=441.0	**<0.001** [b]
Grandiyöz düşünceler	0 (0-2)	0 (0-2)	U=836.0	0.117 [b]
TPYÖ-Negatif Yaşantı sayısı	4 (0-11)	1 (0-9)	U=467.0	**<0.001** [b]
Avolüsyon ve sosyal içe çekilme	4 (0-9)	1 (0-9)	U=450.5	**<0.001** [b]
Duygusal küntlük	0 (0-2)	0 (0-2)	U=806.0	0.060 [b]
TPYÖ-Depresif Yaşantı sayısı	2 (0-8)	0 (0-4)	U=352.0	**<0.001** [b]
TPYÖ-Toplam yaşantı sayısı	11 (1-30)	3 (0-14)	U=346.5	**<0.001** [b]

b: Mann Whitney U test

Tablo 4.8. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Belirttiği Pozitif Psikoz Benzeri Yaşantı Türlerinin Karşılaştırılması

POZİTİF PBY TÜRLERİ	OKB (n=44)		KONTROL (n=44)		Test istatistiği	p
	n	**%**	**n**	**%**		
İnsanların imalarda bulunduğunu veya farklı anlamlara çekilebilecek sözler söylediklerini hissetmek	17	38.6	2	4.5	χ^2 =15.103	**<0.001** [c]
Bazı insanların göründükleri gibi olmadıklarını hissetmek	26	59.1	30	68.2	χ^2 =0.786	0.375 [c]
Kendisine kötülük ediliyormuş gibi hissetmek	11	25.0	1	2.3	χ^2 =9.649	**0.002** [c]
Komplo kurulduğunu hissetmek	5	11.4	1	2.3	χ^2 =2.862	0.202 [c]
İnsanların kendisine görünümleri nedeniyle tuhaf tuhaf baktığını hissetmek	12	27.3	1	2.3	χ^2 =10.921	**0.001** [c]
Kafadaki düşüncelerin kendisine ait olmadığını hissetmek	13	29.5	1	2.3	χ^2 =12.232	**<0.001** [c]
Düşüncelerin başkası tarafından işitileceğinden endişe edecek kadar canlı olduğunu hissetmek	16	36.4	1	2.3	χ^2 =16.404	**<0.001** [c]
Kontrolün kendinde değil de başka bir gücün elinde olduğunu hissetmek	13	29.5	0	0	χ^2 =15.253	**<0.001** [c]
Yalnızken sesler duymak	2	4.5	1	2.3	χ^2 =0.345	1.000 [c]
Yalnız kaldığında birbiriyle konuşan sesler işitmek	1	2.3	0	0	χ^2 =1.011	1.000 [c]
Bir başkası, bir yakınının kılığına girmiş gibi hissetmek	0	0	1	2.3	χ^2 =1.01	1.000 [c]
Diğer insanların görmediği nesneleri, kişileri ya da hayvanları görmek	-	-	-	-		
Dergilerde ya da televizyonda görülen şeyleri özel olarak kendisi için yazıldığını hissetmek	6	13.6	1	2.3	χ^2 =3.880	0.110 [c]
İnsanların zihinden zihne iletişim kurabildiğini düşünmek	11	25.0	2	4.5	χ^2 =7.311	**0.007** [c]
Bilgisayar gibi elektrikli aletlerin düşüncelerini etkileyebileceğini hissetmek	10	22.7	3	6.8	χ^2 =4.423	**0.035** [c]
Büyüye, cincilere veya medyumların gücüne inanmak	15	34.1	1	2.3	χ^2 =14.972	**<0.001** [c]
Düşüncelerin zihinden çekilip alındığını hissetmek	5	11.4	0	0	χ^2 =5.301	0.055 [c]
Kendi düşüncelerinin yankı yapar gibi işitmek	2	4.5	0	0	χ^2 =2.047	0.494 [c]
Çok önemli biri olacağını alın yazısında hissetmek	7	15.9	4	9.1	χ^2 =0.935	0.334 [c]
Çok özel ya da sıra dışı bir kişi olduğunu hissetmek	9	20.5	4	9.1	χ^2 =2.256	0.133 [c]

4.4. OKB VE KONTROL GRUBUNUN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE) PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

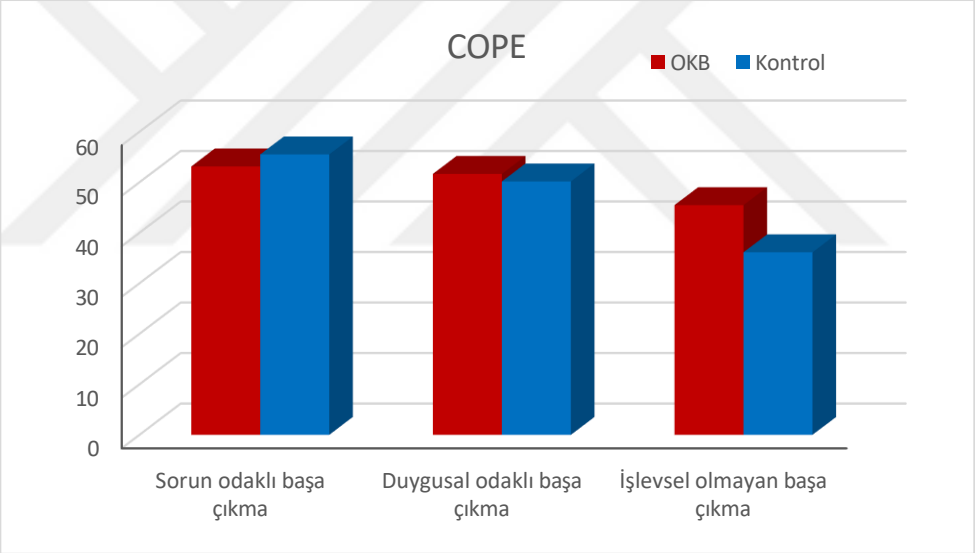
OKB olguları ile kontrol grubundaki bireylerin COPE ana boyutları karşılaştırıldığında; COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma ve COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, COPE-İşlevsel Olmayan

Başa Çıkma puanlarının OKB olgularında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.9, Grafik 4.2)

Tablo 4.9. OKB ve Kontrol Grubunun COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma, COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Puanlarının Karşılaştırılması

	OKB (n=44)	KONTROL (n=44)		
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Test istatistiği	p
COPE- Sorun odaklı başa çıkma	53.14±8.97 53 (33-71)	55.52±8.16 56 (32-70)	t=-1.305	0.195 [a]
COPE- Duygusal odaklı başa çıkma	51.66±7.19 51 (35-68)	50.18±8.27 50 (31-65)	t=0.894	0.374 [a]
COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma	45.48±5.31 45 (34-57)	36.14±5.86 36 (20-47)	t=7.828	**<0.001** [a]

a: Bağımsız Gruplarda t test



Grafik 4.2. OKB ve Kontrol Grubundaki Bireylerin COPE Puanları

OKB hastaları ile kontrol grubundaki bireylerin COPE alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. Buna göre; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma ve plan yapma puanlarının OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu; buna karşılık soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma , inkâr , dini olarak başa çıkma , davranışsal olarak boş verme ve geri durma puanlarının OKB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme ve diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.10. OKB ve Kontrol Grubunun Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	OKB (n=44)	KONTROL (n=44)		
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Test istatistiği	p
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11.52±2.49 11 (6-16)	13.11±1.67 13 (9-16)	U=609.5	**0.003** [b]
Zihinsel boş verme	10.43±2.65 10.5 (6-15)	9.25±2.44 9 (4-14)	U=741.5	0.057 [b]
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	12.59±2.24 12.5 (8-16)	10.86±2.36 11 (4-14)	U=603.0	**0.002** [b]
Yararlı sosyal destek kullanımı	10.84±3.43 11 (4-16)	12.20±3.73 11 (4-16)	U=913.5	0.648 [b]
Aktif başa çıkma	10.14±2.52 10 (5-15)	12.68±2.39 13 (7-16)	U=460.0	**<0.001**[b]
İnkâr	7.05±2.34 6 (5-14)	5.27±1.31 5 (4-8)	U=471.0	**<0.001**[b]
Dini olarak başa çıkma	12.32±4.47 15 (4-16)	9.70±4.42 8.5 (4-16)	U=641.5	**0.005** [b]
Şakaya vurma	6.36±2.48 6 (4-13)	6.98±3.03 6 (4-15)	U=854.5	0.332 [b]
Davranışsal olarak boş verme	9.93±2.15 9 (7-16)	5.91±1.92 6 (4-11)	U=151.5	**<0.001**[b]
Geri durma	10.52±2.19 10.5 (4-14)	8.52±1.88 8 (4-13)	U=470.5	**<0.001**[b]
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.86±2.84 11 (4-16)	10.84±3.02 11 (4-16)	U=951.5	0.890 [b]
Madde kullanımı	5.48±2.52 4 (4-12)	4.84±1.80 4 (4-11)	U=851.0	0.220 [b]
Kabullenme	10.59±2.47 11 (5-15)	9.55±2.64 10 (4-15)	U=747.0	0.063 [b]
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.55±2.76 11 (6-16)	10.11±2.04 10 (6-14)	U=887.5	0.498 [b]
Plan yapma	11.09±2.55 11 (5-16)	13.00±2.47 13.5 (7-16)	U=565.5	**0.001** [b]

b: Mann Whitney U test

4.5. OKB VE KONTROL GRUBUNUN ASÖ-10 PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

OKB olgularının ASÖ-10 puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. OKB ve Kontrol Grubunun ASÖ-10 Puanlarının Karşılaştırılması

	OKB (n=44)	KONTROL (n=44)		
	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Ort±SS Ortanca (Min-Max)	Test istatistiği	p
ASÖ-10	23.86±5.84 24 (12-36)	15.41±5.27 16 (1-26)	t=7.123	**<0.001** [a]

a: Bağımsız Gruplarda t test

4.6. OKB GRUBUNDA TPYÖ PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kadın ve erkek hastaların TPYÖ-Pozitif psikotik boyut puanları karşılaştırıldığında, kadınların puanlarının erkeklere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Buna karşılık, medeni durum**,** çocuk sahibi olma durumu**,** çalışma durumu ve gelir durumu açısından TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantı boyutu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. OKB Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile TPYÖ-Pozitif Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantılar		Test istatistiği	p
	n	Ort ± SS	Ortanca (Min-Max)		
Cinsiyet					
Kadın	30	32.67±6.89	32.5 (20-50)	t=-2.409	**0.020** [a]
Erkek	14	38.86±9.88	40 (24-57)		
Medeni durum					
Evli	19	32.95±8.97	31 (20-54)	t=-1.172	0.248 [a]
Bekar	25	35.92±7.82	35 (22-57)		
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	27	35.00±8.27	33 (20-57)	KW=2.240	0.326 f
Çalışıyor	14	32.43±7.65	32.5 (22-49)		
Ekonomik durum					
Geliri giderden az	18	35.72±9.29	34 (20-57)	F=1.801	0.178 [d]
Geliri gidere eşit	14	36.50±8.52	36 (24-54)		
Geliri giderden fazla	12	30.83±5.68	32 (22-40)		

a: Bağımsız Gruplarda t test. f: Kruskal Wallis Varyans Analizi d: ANOVA

4.7. OKB GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR İLE SÜREKLİ DEĞİŞKENLER (YAŞ, EĞİTİM DÜZEYİ, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI, ALGILANAN STRES, HASTALIK ŞİDDETİ, İÇGÖRÜDE BOZULMA, DEPRESYON, ANKSİYETE) ARASINDAKİ İLİŞKİ

OKB grubunun TPYÖ puanları ile yaş, eğitim düzeyi, COPE, ASÖ-10, YBOKÖ, HAM-D, HAM-A puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

OKB olgularının TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar puanları ile yaşları, COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma, ASÖ-10 , YBOKÖ-Obsesyon, içgörüde bozulma düzeyi, YBOKÖ-Toplam, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar puanları ile eğitim düzeyi, COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma, COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma ve YBOKÖ-Kompulsiyon puanları arasında ise anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

OKB olgularının TPYÖ-Negatif Belirtiler puanları ile COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma ,YBOKÖ-Obsesyon ,YBOKÖ-Toplam ve Hamilton Depresyon puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. TPYÖ-Negatif Belirtiler puanları ile yaş, eğitim düzeyi, COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma, COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma, YBOKÖ Kompulsiyon ve YBOKÖ İçgörü puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

OKB olgularının TPYÖ-Depresif belirtiler puanları ile COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma , ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon ,Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. TPYÖ-Depresif Belirtiler puanları ile yaş, eğitim düzeyi, COPE-Sorun Odaklı Başa Çıkma, COPE-Duygusal Odaklı Başa Çıkma, YBOKÖ Kompulsiyon, YBOKÖ İçgörü ve YBOKÖ Toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.13. OKB Grubunda Sürekli Değişkenler (Yaş, Eğitim Düzeyi, COPE, ASÖ-10, YBOKÖ, HAM-D, Ham-A Puanları) ile TPYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

		TPYÖ-Pozitif	TPYÖ-Negatif	TPYÖ-Depresif
Yaş	r*	**0.344**	0.019	-0.061
	p	**0.022**	0.902	0.692
Eğitim düzeyi	r*	-0.004	0.062	0.114
	p	0.982	0.689	0.460
COPE-Sorun odaklı başa çıkma	r*	0.035	-0.218	-0.237
	p	0.821	0.154	0.121
COPE- Duygusal odaklı başa çıkma	r*	0.077	-0.203	-0.140
	p	0.620	0.145	0.365
COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma	r*	**0.349**	**0.373**	**0.350**
	p	**0.020**	**0.013**	**0.020**
ASÖ-10	r*	**0.555**	**0.668**	**0.605**
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YBOKÖ- Obsesyon	r*	**0.507**	**0.335**	**0.422**
	p	**<0.001**	**0.026**	**0.004**
YBOKÖ-Kompulsiyon	r*	0.296	0.281	0.159
	p	0.051	0.062	0.303
YBOKÖ-İçgörü	r*	**0.344**	0.019	-0.061
	p	**0.022**	0.902	0.692
YBOKÖ-Toplam	r*	**0.425**	**0.331**	0.242
	p	**0.004**	**0.033**	0.114
Hamilton Depresyon	r*	**0.344**	**0.444**	**0.586**
	p	**0.022**	**0.003**	**<0.001**
Hamilton Anksiyete	r*	**0.483**	0.272	**0.517**
	p	**0.001**	0.074	**<0.001**

* Spearman's Korelasyon Katsayısı

4.8. REGRESYON ANALİZLERİ

OKB grubunda TPYÖ puanlarını öngörmek için çoklu lineer regresyon modelleri oluşturulmuştur. İstatistiksel olarak en güçlü ilişkiyi tanımlayabilecek degişkenlerin gösterilmesi amaçlanmıştır. Mevcut çalışmada önceki tek değişkenli analizler (korelasyon analizi) sonucunda PBY ile ilişkili bulunan; cinsiyet, yaş, COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon, YBOKÖ-İçgörü, Hamilton Depresyon, Hamilton Anksiyete değişkenleri modele alınarak Stepwise yöntemine göre sonuçlar model edilmiştir.

TPYÖ-Pozitif Boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

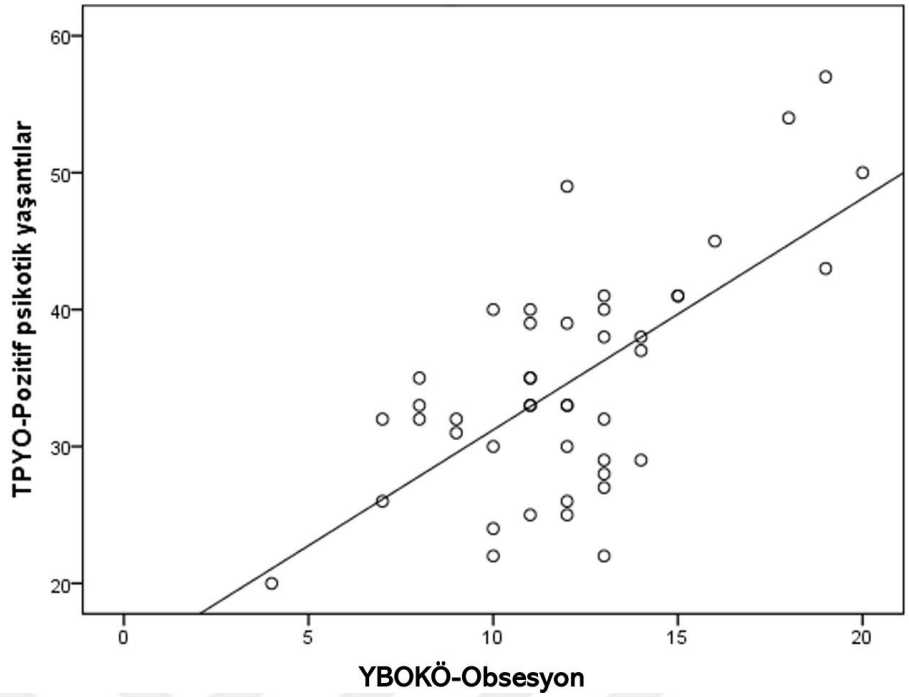
Bağımlı değişken TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantılar puanları; bağımsız değişkenlerin cinsiyet, yaş, COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon, YBOKÖ-İçgörü, Hamilton Depresyon, Hamilton Anksiyete değişkenlerinin olduğu regresyon modelinde; TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantılar puanları için belirleyici faktörlerin; YBOKÖ-Obsesyon ve ASÖ puanları olduğu bulundu.

YBOKÖ-Obsesyon puanlarında 1 puanlık artış TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantılar puanlarında 1.373 puanlık artışa neden olmaktadır (Tablo 4.14). Bu ilişkinin dağılım grafiği Grafik 4.3'te verilmiştir.

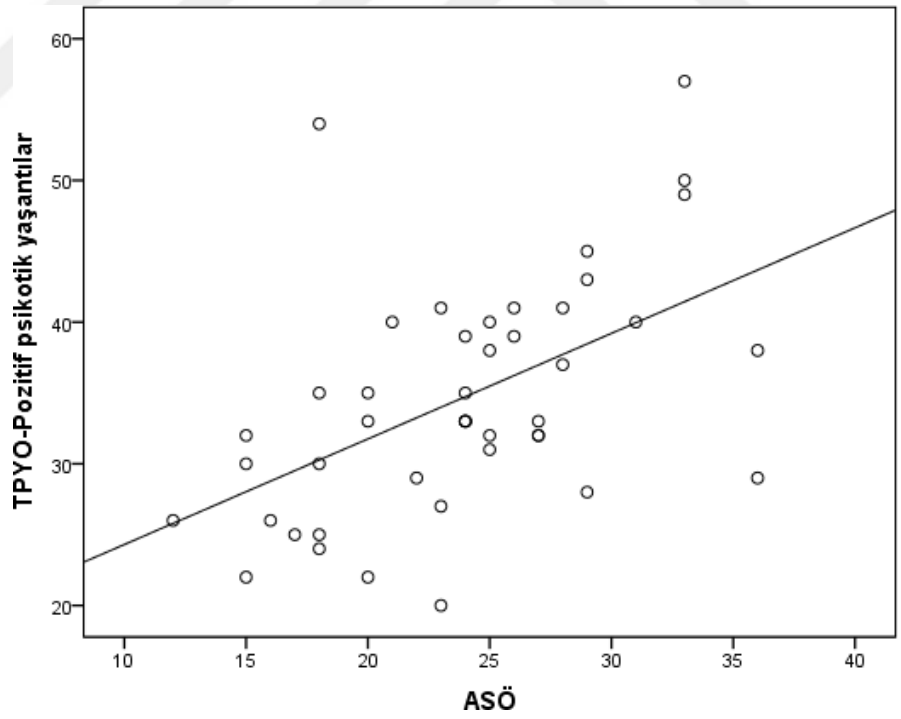
ASÖ-10 puanlarında 1 puanlık artış TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantılar puanlarında 0.426 puanlık artışa neden olmaktadır (Tablo 4.14). Bu ilişkiye ait dağılım grafiği ise Grafik 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.14. TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parameter	B	Std.Error	95 % CI		p
YBOKÖ-Obsesyon	1.371	0.312	0.742	2.00	**<0.001**
ASÖ-10	0.426	0.173	0.076	0.776	**0.018**



Grafik 4.3. OKB Grubunda YBOKÖ-Obsesyon Puanları ile TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği



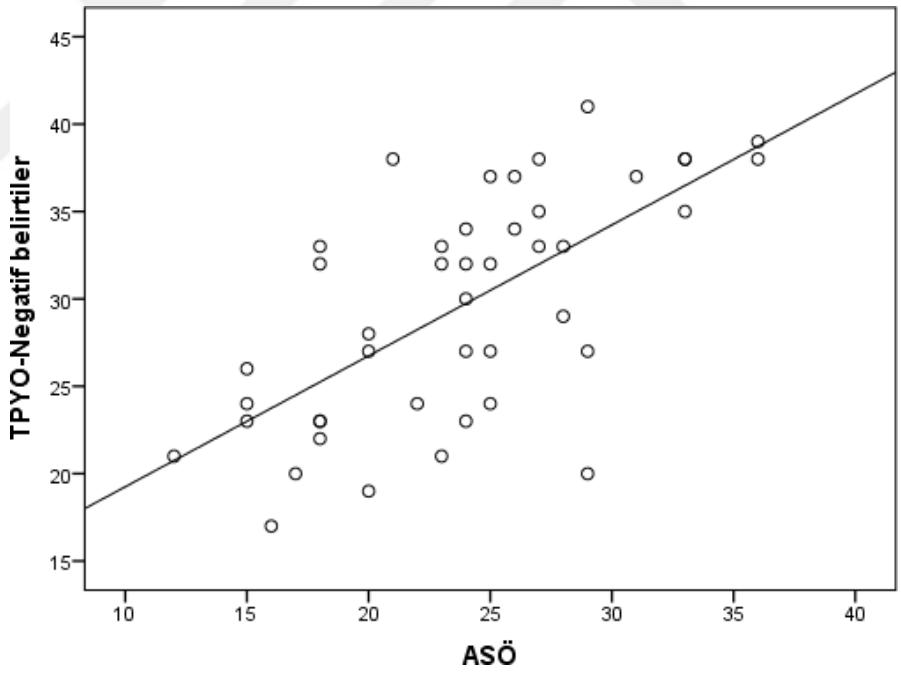
Grafik 4.4. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Pozitif Psikotik Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği

TPYÖ-Negatif Boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı değişken TPYÖ-Negatif boyut puanları; bağımsız değişkenlerin COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon, Hamilton Depresyon, değişkenlerinin olduğu regresyon modelinde TPYÖ- Negatif boyut puanları için belirleyici faktörün ASÖ-10 puanları olduğu bulundu. ASÖ puanlarında 1 puanlık artış TPYÖ-Negatif boyut puanlarında 0.749 puanlık artışa neden olmaktadır (Tablo 4.15). Bu ilişkiye ait dağılım grafiği Grafik 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.15. TPYÖ-Negatif boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parameter	B	Std.Error	95 % CI		p
ASÖ-10	0.749	0.130	0.486	1.012	**<0.001**



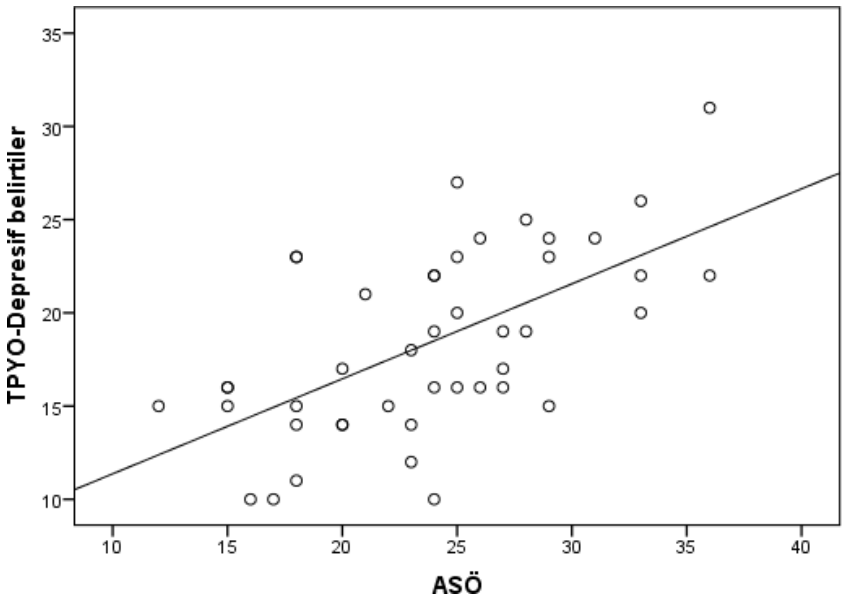
Grafik 4.5. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Negatif Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği

TPYÖ-Depresif Boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı değişken TPYÖ-Depresif boyut alt ölçek puanları; bağımsız değişkenlerin COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma, ASÖ-10, YBOKÖ-Obsesyon, Hamilton Depresyon, Hamilton Anksiyete değişkenlerinin olduğu regresyon modelinde TPYÖ-Depresif boyut alt ölçek puanları için belirleyici faktörlerin Hamilton Depresyon ve ASÖ-10 puanları olduğu bulundu. Hamilton Depresyon puanlarında 1 puanlık artış TPYÖ-Depresif boyut puanlarında 0.441 puanlık artışa ve ASÖ-10 puanlarında 1 puanlık artış TPYÖ-Depresif boyut puanlarında 0.348 puanlık artışa neden olmaktadır(Tablo 4.16). Bu ilişkiye ait dağılım grafiği Grafik 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.16. TPYÖ-Depresif Boyut Puanları İçin Açıklayıcı Değişkenlerle Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Parameter	B	Std.Error	95 % CI		p
Hamilton Depresyon	0.441	0.116	0.207	0.674	**<0.001**
ASÖ-10	0.348	0.100	0.145		0.551



Grafik 4.6. OKB Grubunda ASÖ-10 Puanları ile TPYÖ-Depresif Boyut Puanları Arasındaki Dağılım Grafiği

4.9. ARACILIK ANALİZLERİ

TPYÖ-Pozitif psikotik yaşantı puanları ile YBOKÖ-Toplam puanları arasındaki ilişkide; Hamilton Depresyon puanlarının; kısmi aracı değişken olarak orta düzeyde aracılık etkisi (0.120) olduğu (Tablo 4.17), Hamilton Anksiyete puanlarının kısmi aracı değişken olarak orta düzeyde aracılık etkisi (0.234) olduğu (Tablo 4.18), ASÖ-10 toplam puanlarının kısmi aracı değişken olarak orta düzeyde aracılık etkisi (0.139) olduğu (Tablo 4.23), COPE-İşlevsel olmayan başa çıkma puanlarının kısmi aracı değişken olarak zayıf düzeyde aracılık etkisi (0.085) olduğu (Tablo 4.22) saptanmıştır.

YBOKÖ-içgörü puanları, COPE-Sorun odaklı başa çıkma ve COPE- Duygusal odaklı başa çıkma tutumları aracı değişken olarak bulunmamıştır (Tablo 4.19, Tablo 4.20, Tablo 4.21).

Tablo 4.17. OKB Olgularının TPYÖ-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Hamilton Depresyon Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ-Toplam (X)→ HAM-D (M)	0.264	2.305	**0.026**	0.033 – 0.495
YBOKÖ-Toplam (X)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.599	3.515	**0.001**	0.255 – 0.943
Ham. Depresyon (M)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.455	2.105	**0.041**	0.019 – 0.892

Tablo 4.18. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide Hamilton Anksiyete Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ-Toplam (X)→ HAM-A (M)	0.425	3.337	**0.002**	0.168 – 0.682
YBOKÖ-Toplam (X)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.485	2.812	**0.008**	0.137 – 0.833
HAM-A (M)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.551	2.967	**0.005**	0.176 – 0.926

Tablo 4.19. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide YBOKÖ İçgörü Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ-Toplam(X)→YBOKÖ-İçgörü (M)	0.087	3.993	**<0.001**	0.043 – 0.131
YBOKÖ-Toplam (X)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.639	3.244	**0.002**	0.241 – 1.037
YBOKÖ-İçgörü (M)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.920	0.772	0.445	-1.487 – 3.328

Tablo 4.20. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE- Sorun Odaklı Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ Toplam (X)→ Sorun Odaklı BÇ (M)	-0.352	-1.694	0.098	-0.771 – 0.067
YBOKÖ-Toplam (X)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.744	4.280	**<0.001**	0.393 – 1.096
Sorun Odaklı BÇ (M)→ TPYÖ-Pozitif (Y)	0.075	0.576	0.568	-0.180 – 0.324

Tablo 4.21. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE- Duygusal Odaklı Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ Toplam (X)→ Duygusal BÇ (M)	0.169	0.991	0.327	-0.175 – 0.512
YBOKÖ Toplam (X)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.717	4.193	**<0.001**	0.371 – 1.062
Duygusal BÇ (M)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.015	0.096	0.924	-0.295 – 0.324

Tablo 4.22. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide COPE-İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ Toplam (X)→ İOBÇ (M)	0.184	1.480	0.146	-0.067 – 0.434
YBOKÖ Toplam (X)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.635	3.896	**<0.001**	0.306 – 0.963
İOBÇ (M)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.461	2.232	**0.025**	0.062 – 0.859

İOBÇ: İşlevsel olmayan başa çıkma

Tablo 4.23. OKB Olgularının TPYO-Pozitif Psikotik Yaşantılar Puanları ile YBOKÖ-Toplam Puanları Arasındaki İlişkide ASÖ-10 Toplam Puanlarının Aracılık Etkisi

	b	t	p	95 % CI
YBOKÖ-Toplam (X)→ASÖ-10 Toplam(M)	0.350	2.714	**0.010**	0.090 – 0.611
YBOKÖ-Toplam (X)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.538	3.205	**0.003**	0.199 – 0.878
ASÖ-10 Toplam (M)→ TPYO-Pozitif (Y)	0.516	2.785	**0.008**	0.142 – 0.890

5. TARTIŞMA

Literatürde, OKB ile psikotik deneyimler arasında dikkate değer bir ilişki bulunduğuna işaret eden çalışmalar mevcuttur (9–11). Ayrıca psikotik deneyimlerin, hem psikotik bozukluk gelişimi için bir risk faktörü olduğu hem de yüksek düzeyde algılanan stres ve işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin daha sık kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (17,18,133,134). Bu bağlamda, OKB ile PBY arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılmasının, risk belirleme ve müdahale planlama süreçlerine katkı sağlayacak nitelikte veriler sunacağı düşünülmektedir. Bu durum, mevcut araştırmanın konu seçimini temellendirmiştir.

Psikotik bozukluklar bağlamında obsesif kompulsif belirtilerin varlığı, literatürde sıkça ele alınan bir konu olmuştur. Buna karşın, OKB tanısı almış bireylerde psikotik semptomların değerlendirilmesine yönelik çalışmalar literatürde görece daha az yer bulmaktadır (112,113,148). Mevcut çalışma; OKB tanılı bireylerde psikotik semptomların incelenmesine odaklanarak bu alandaki boşluğa dikkat çekmeyi ve literatüre bu doğrultuda katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Bir meta-analiz çalışmasında 94 makale incelenmiş; OKB ve psikotik bozukluk komorbiditesi, kategorik tanılar kullanıldığında tahmini %12 olarak bulunmuştur. Ancak boyutsal semptomlar da dahil edildiğinde (‘‘psikotik bozukluk ve obsesif kompulsif semptomlar’’ veya ‘‘psikotik semptomlar ve obsesif kompulsif bozukluk’’ şeklinde incelendiğinde), bu oran %24’e yükselmiştir (73). Mevcut çalışma, bu perspektifte OKB tanılı hastalarda psikotik semptomları incelemesi yönünden boyutsal bir değerlendirme içermektedir.

Bu çalışma; OKB tanılı bireyler ile psikiyatrik açıdan sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. İki grup arasında; sosyodemografik özellikler, psikoz benzeri yaşantılar (PBY), başa çıkma tutumları ve algılanan stres düzeyleri açısından kıyaslama yapılmıştır. Ayrıca OKB grubunda PBY ile başa çıkma, stres algısı, hasta özellikleri, OKB hastalık şiddeti, içgörü, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışma, 44 OKB tanılı ve 44 psikiyatrik açıdan sağlıklı bireyle tamamlanmıştır.

SOSYODEMOGRAFİK KARŞILAŞTIRMALAR

OKB ve kontrol grubundaki bireyler arasında yaş, cinsiyet, yükseköğretim mezunu olma, yaşadıkları bölge, kiminle yaşadıkları, sigara kullanımı ve bilinen ek tıbbi hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatürdeki çalışmalarda alkol, esrar veya diğer psikoaktif maddelere maruz kalmanın, subklinik psikotik belirtilerin sıklığında anlamlı bir artışla ilişkili olduğunu gösterilmiştir(6). Mevcut çalışmada hiçbir katılımcının alkol veya madde kullanım öyküsü bulunmamaktadır. Bu durum, madde ve alkolün olası etkilerini dışlayarak analizlerin daha güvenilir bir şekilde yürütülmesini sağlamaktadır.

OKB olgularının çalışmama oranı ve gelir düşüklüğü sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, işlevselliğin bozulmasına yol açan etkileri ile OKB'nin beklenen sonuçları arasındadır (35,149). Bekar olma oranı OKB grubunda daha yüksektir; bu da hastalığın sosyal ilişkiler üzerine olan olumsuz etkileri ile açıklanabilir. OKB belirtileri yol açtıkları uyum problemleri nedeni ile olguların evlenmelerini güçleştirmekte, evli olanların ise marital problemler yaşamalarına yol açmaktadır (150). Eğitim düzeyine bakıldığında üniversite mezunu olma oranları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, yükseköğretim mezunu seviyesine ulaşan katılımcıların oransal olarak her iki grupta da eşit olduğunu ifade etmektedir. Bununla birlikte, daha ayrıntılı incelendiğinde OKB olgularının ilk ve ortaokul mezunu olma oranlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde, genel toplum örneklemlerinde subklinik psikotik bulguların daha düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (6,78). Mevcut çalışmada yapılan analizde eğitim düzeyinin PBY üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda, eğitim seviyelerinin PBY açısından çalışmanın sonuçlarını etkilemediği söylenebilir.

OKB GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

Hasta grubunun yaş ortalaması 36.48 ±11,95 olup, %68,2'si kadın, %31.8'i erkek bireylerden oluşmaktadır. OKB'nin erişkinlikte her iki cinsiyette benzer

oranlarda görüldüğü, ancak tedavi arayışının kadın cinsiyette daha fazla olduğu bilinmektedir (37). Mevcut çalışmanın hasta grubunu; psikiyatri kliniğine başvuran, tedavi arayışı içindeki bireylerin oluşturması kadın oranının yüksekliğini açıklayabilir. Çalışmadaki hastaların kadın/erkek oranı, Türkiye'de psikiyatri kliniğine başvuran OKB hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda bildirilen oranlarla benzerdir (150,151).

OKB grubunda belirti şiddetine bakıldığında; ortalama YBOKÖ toplam puanı 22.95±6.44, obsesyon alt ölçeği 12.02±3.25 olarak, kompulsiyon alt ölçeği 10.84±4.21 olarak belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda elde edilen verilere göre YBOKÖ toplam puanlarının 22.88-25.82 arasında bulunduğu gözlenmiştir (152–154). Ayrı ayrı obsesyon ve kompulsiyon puanlarının değerlendirildiği bir çalışmada, ortalama YBOKÖ-obsesyon puanları 12.9±3.1, YBOKÖ-kompulsiyon puanları 13.1±3.0 olarak saptanmıştır (155). Mevcut çalışmadaki olguların belirti şiddetinin önceki araştırmalarla benzer düzeyde olduğu ve örneklemin klinik açıdan temsil edici nitelikte olduğu görülmektedir.

OKB VE KONTROL GRUPLARI ARASINDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARA YÖNELİK DEĞERLENDİRMELER

Mevcut çalışmada PBY değerlendirilirken öz bildirim ölçeği kullanılarak elde edilen veriler ile, katılımcıların psikotik yaşantılarına dair kendi kişisel ifadelerinin ölçülmesi hedeflenmiştir. Literatürde öz bildirim yöntemlerinin sosyal onay yanlılığı nedeniyle az bildirim veya maddelerin yanlış yorumlanması nedeniyle aşırı bildirim riski taşıyabileceği öne sürülmüştür (156). Bununla beraber, psikotik yaşantıların öz bildirim verileri ile değerlendirilmesinin, gelecekteki psikopatolojik riskleri öngermek açısından değerli göstergeler olarak kullanılabileceği kabul edilmektedir (83,157,158). Mevcut çalışmanın bulguları da PBY'leri araştırmada öz-bildirim verilerinin yadsınamayacak bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu verilerin klinik değerlendirmelerle birlikte yorumlandığında kapsamlı bir bakış açısı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın ilk hipotezini doğrular şekilde; OKB olgularının pozitif, negatif ve depresif PBY boyutlarının sıklığı açısından sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı

derecede yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki çalışmalar ile uyumludur (159,160). OKB grubunda PBY sıklığının daha yüksek olması; psikotik semptomlar ile obsesyon ve kompulsiyonların benzer patofizyolojik temellere dayanan fenotipler olabileceği görüşünü desteklemektedir (160).

Mevcut çalışmada pozitif PBY alt boyutlarına göre incelendiğinde; OKB olgularının kötülük görme düşünceleri, algısal tuhaflıklar, bizar yaşantılar ve grandiyöz düşünceler olmak üzere tüm pozitif alt boyut puanlarının sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular; halüsinasyon, sanrı ve düşünce bozuklukları gibi pozitif psikotik semptomların, OKB olgularında genel nüfusa kıyasla daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalarla uyumludur (148,161).

Bu çalışmada; PBY'lerin değerlendirilmesinde sıklık belirten niceliksel varyasyonların incelenmesi öncelikli olmakla beraber, literatürdeki çalışmalarla daha geniş bir perspektifte kıyaslama yapabilmek adına, gruplar arasında PBY varlığı/yokluğu şeklinde kategorize bir değerlendirme de yapılması gerekli görülmüştür. Bu amaçla, sürekli bir ölçek olan TPYÖ maddelerine verilen "hiçbir zaman" ve "bazen" yanıtları yaşantı yok, "sıklıkla" ve "neredeyse sürekli" yanıtları yaşantı var olarak kodlanarak incelenmiştir. Neticede PBY sıklığına ek olarak yaygınlığının da, her üç psikoz boyutu açısından, OKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. OKB grubunun %84,1'i, kontrol grubunun %65,9'u en az bir pozitif psikotik yaşantı bildirmiştir.

Her iki grupta en fazla sayıda bildirilen yaşantının "bazı insanların göründükleri gibi olmadığını hissetmek" olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu ile uyumlu olarak Freeman ve Garety de özellikle kişilerarası kaygılarla ilgili şüpheciliğin klinik olmayan bireylerde oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir (162). "Diğer insanların görmediği nesneleri, kişileri ya da hayvanları görmek" yaşantısının hiçbir katılımcı tarafından var olarak bildirilmediği saptanmıştır. Bu bulgu; işitsel ve görsel halüsinasyonların (uyku ile ilişkili olanlar hariç), canlı hayaller kurma ve zorlayıcı/canlı düşüncelere kıyasla genel popülasyonda daha seyrek görüldüğüne yönelik ifadeleri desteklemektedir (163).

PBY'ler literatürde genellikle pozitif belirtiler üzerinden değerlendirilmektedir (6,7,70). Mevcut çalışmada negatif ve depresif PBY boyutları da incelenmiş ve OKB grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Pozitif ve negatif boyutlar, en güçlü kabul edilen iki non-affektif semptom boyutu iken, depresif boyut ise psikozda en yaygın affektif semptom alanıdır (78,164). Psikotik fenomenlerin anlamlı bir şekilde tanımlanması; birbiriyle ilişkili psikopatolojik boyutlar halinde ele alınması ile mümkündür (165–167). Ancak; literatürdeki eğilim göz önünde bulundurularak, PBY ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler ağırlıklı olarak pozitif yaşantılar üzerinden tartışılmıştır. Gelecekteki çalışmaların tüm boyutları kapsayacak biçimde genişletilmesi, psikoz benzeri yaşantıların daha bütüncül bir perspektifle ele alınmasını sağlayacaktır.

OKB VE KONTROL GRUPLARI ARASINDA BAŞA ÇIKMA VE ALGILANAN STRES

Mevcut çalışmada başa çıkma tutumları, ana boyutları açısından incelendiğinde; iki grup arasında sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, çalışmanın hipotezini destekler şekilde işlevsel olmayan başa çıkma puanlarının OKB olgularında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde gerek sorun odaklı gerekse duygusal odaklı olsun; aktif başa çıkma yöntemlerinin daha etkili olduğu ve kaçıngan başa çıkma yöntemlerinin elverişsiz sonuçlar için risk faktörü olarak görüldüğü belirtilmektedir(168). Probleme odaklanan tutumların psikopatolojiye yatkınlığın azaltılmasındaki rolü vurgulanmaktadır (128). Moritz ve ark. OKB olgularında uyumlu başa çıkma becerilerinin hem sağlıklı kontrollerden hem de ilginç bir şekilde depresyon tanılı klinik kontrollerden daha düşük bulunduğunu bildirmişlerdir (59). Ladouceur ve ark. OKB olgularının sağlıklı gruba göre daha fazla başa çıkma tutumu kullandıklarını, belirli tutumlarda daha ısrarcı olduğunu ancak, tutumlarının genel olarak daha az verimli olduğunu bildirmiştir (169). Genel olarak, OKB'nin belirsizliğe tahammülsüzlük ve kontrol ihtiyacı gibi karakteristik özellikleri, aktif çözüm odaklı tutumlar kullanmalarını güçleştiriyor olabilir.

Mevcut çalışmada, OKB olguları ile kontrol grubundaki bireylerin başa çıkma tutumlarının ana boyutları detaylandırılarak alt boyutlar açısından karşılaştırıldığında; OKB grubunda, aktif başa çıkma ve plan yapma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu, buna karşılık inkâr, davranışsal olarak boş verme, dini olarak başa çıkma, duyguları açığa vurma, geri durma puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu bulgular, OKB olgularının sorunlarla direkt olarak mücadele etmek yerine daha pasif tutumları tercih ediyor olduklarını göstermekte ve kaçınma tutumlarına eğilimli olduklarına işaret eden literatür çalışmalarını destekler niteliktedir (59). Kaçınmacı başa çıkma genellikle uyumsuzlukla ilişkilendirilirken, yaklaşım odaklı tutumlar pozitif etkilerle ve daha iyi uyumla ilişkilidir (121). Rosa-Alcázar ve ark. mevcut çalışmanın bulgularına benzer şekilde, OKB grubunun dini olarak başa çıkma ve inkâr tutumlarında daha yüksek ortalamalar gösterdiğini, pozitif plan yapma ve kabul tutumlarının ise sağlıklı kontrol grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlemlemişlerdir (170). OKB olgularının sahip olduğu obsesif düşüncelerin yarattığı zihinsel meşguliyet; plan yapma ve pozitif değerlendirme gibi nispeten karmaşık başa çıkma tutumlarını yeterince kullanmalarını engelliyor olabilir. Dini olarak başa çıkma yöntemlerinin OKB'de yüksek oranda kullanımı, dini zorlanmalarla ilişkilendirilebileceği gibi, kişinin hastalıkla ilişkili ritüellerini pekiştirebilmekte ve bu durum hastalığın seyrine etki edebilmektedir (170). İnkâr, kaçınma tutumları içinde ele alınmaktadır (126). İnkâr tutumu işlevsiz olmasının yanı sıra, sorunu düşünmemeye çalışmanın girici düşünceler için zemin hazırlaması ve bu durumun ruminasyonlara yol açabilmesi açısından OKB kliniğini negatif etkileyebilir (170).

Mevcut çalışmada soruna odaklanma ve duyguları açığa vurmanın OKB grubunda daha yüksek saptanması; obsesif düşüncelerin yarattığı rahatsızlığı hafifletmeye yönelik çaba ve güvence arama eğilimi ile açıklanabilir. Burada bahsi geçen ‘‘soruna odaklanma’’ kavramı; sorun odaklı aktif başa çıkma tutumları ile karıştırılmamalıdır. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma davranışı; çalışmada kullanılan COPE ölçeği içerisinde işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına dahil olup, olumsuz olaylar ve stresli durumlar üzerinde aşırı düşünme eğilimi olarak ifade edilebilir. OKB hastalarının sık kullandığı soruna odaklanma ve duyguları açığa

vurma tutumları, sorunun çevresinde döngüsel düşünceler geliştirmelerine yol açarak, çözüm odaklı bir yaklaşım yerine kaygıyı sürdüren bir kısır döngü yaratabilmektedir. Rosa-Alcázar ve ark. OKB olgularında yardım, tavsiye ve bilgi arayışı gibi araçsal destek kullanımının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (170). Bu tarz tutumlar doğrulama zorlanmalarına yol açarak obsesyonları ve kaygılı davranışları artırabilmektedir (171). Ladouceur ve ark., OKB olgularında düşüncelerin bir problem olarak algılanmasının, aşırı önem atfedilmesinin ve düşünceye sahip olmanın eylemi gerekli kıldığı inancının, düşünce içeriği ile ilişkili (güvence arama, dikkat dağıtıcı aktiviteler gibi) tutumların kullanımını artırdığını bildirmişlerdir (169). Bu hastalar olumlu düşüncelerle değiştirme yapmaya daha az eğilimlidirler. Mevcut çalışmada, OKB grubunda pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanlarının daha düşük saptanması, olguların durumları olumlu değerlendirmekte güçlük çekiyor olmaları ile uyumludur. OKB'de sık rastlanan düşünce kalıpları, içsel kontrol çabası gibi sebeplerle, bu hastaların gelişme tutumlarını uygulamakta zorlandıkları söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak, OKB olgularının kullandıkları başa çıkma tutumlarının genellikle daha az işlevsel olduğunu ve semptomların sürmesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir. OKB olgularının takıntı ve zorlantıları, aynı zamanda patolojik olarak açık bir şekilde tanımlanamayacak bir dizi başka tutuma da yol açabilmektedir (169). Uyuma yönelik olmayan tutumlar, bir kısır döngü oluşturarak mevcut psikopatolojinin pekişmesine ya da yeni psikopatolojilerin gelişmesine neden olabilmektedir (128).

Geri durma, sorun odaklı başa çıkma tutumları içerisinde yer almaktadır. OKB grubunda, beklenmedik bir bulgu olarak, geri durma puanları kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır. Bu durum iki olasılık ile açıklanabilir. İlk olarak, OKB olguları, öz bildirim esasına dayanan COPE ölçeğindeki geri durma ile alakalı maddeleri (örneğin; ''Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm'' maddesi gibi), sorunla yüzleşmekten kaçınma biçiminde hatalı yorumlamış olabilirler. Literatürde, OKB olgularının kaçınma odaklı tutumları daha sık kullandıklarını ve OKB şiddeti ile kaçınma tutumlarının doğru orantılı olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (59,170). İkinci olarak; OKB olguları, geri durma örneğinde olduğu gibi, bazı uyumlu başa çıkma tutumlarını, sorunu çözme amacıyla değil, girici

düşüncelerini bastırmak veya obsesyonları tetikleyen durumlardan uzaklaşmak amacıyla daha sık, ancak daha az işlevsel şekilde kullanıyor olabilirler.

Mevcut çalışmada; zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme ve diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başa çıkma yöntemlerini sınıflandırmaya yönelik kategori sistemleri incelendiğinde, kategorilerde önemli bir çeşitlilik olduğu; konuyla ilgili terimlerin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi konusunda çok az fikir birliği bulunduğu ve başa çıkma tutumları ile ilgili tanımlamalar ve sonuçların tutarsızlık gösterebildiği görülmektedir. Bu tutarsızlıkların, başa çıkma yöntemlerinin farklı işleyişinden mi yoksa çalışmalardaki tanım farklılıklarından mı kaynaklandığı net olarak belirlenememektedir (172). Başa çıkmanın çok boyutlu ve dinamik bir süreç olması ile literatürdeki bu çeşitliliğin getirdiği güçlükler, mevcut çalışmada genel anlamda literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmekle beraber, bazı alt boyutlar açısından farklı sonuçlar saptanmış olmasının muhtemel nedenleri arasında sayılabilir.

Mevcut çalışmanın hipotezi ile uyumlu olarak, OKB olgularının ASÖ-10 ile ölçülen algılanan stres düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde, Morgado ve ark. ASÖ-10 stres skorlarının sağlıklı kontrollere kıyasla OKB olgularında anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamış ve ek olarak stres seviyelerinin OKB hastalık şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (130). Wang ve ark. ise, yine ASÖ-10 kullanarak yaptıkları çalışmada, OKB olgularının semptom ağı yapısında, algılanan stresin merkezi bir rol oynadığını ve hem obsesyonlarla hem de diğer psikopatolojik faktörlerle en güçlü etkileşimi gösteren faktör olarak belirlendiğini bildirmiştir (173). Algılanan stresin, PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide nasıl bir rol oynadığı, tartışmanın ilerleyen bölümlerinde ele alınmıştır.

OKB GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR

Obsesif kompulsif semptomlar ile psikotik semptomlar arasındaki ilişki, psikiyatri için halen büyük bir araştırma alanıdır (174). Bu iki semptom grubunun

birlikteliği daha ciddi klinik seyir ve artmış psikiyatrik yük ile ilişkilendirilmiştir (106,113,114). Bu semptom kümelerinin birlikte görülmesini etkileyen faktörlerin ele alınması, uygun müdahale stratejilerinin belirlenmesi ve izlem süreçlerinin etkin şekilde planlanması açısından klinik önem taşımaktadır. Mevcut çalışmanın bu bağlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

OKB grubunda TPYÖ pozitif toplam skoru 34.64±8.37 olarak saptanmıştır. Pozitif psikotik yaşantıların toplam yaygınlığı %84.1 saptanmış ve alt boyutların yaygınlık oranları; kötülük görme düşünceleri %77.3, algısal tuhaflıklar %31.8, bizar yaşantılar %63.6, grandiyöz düşünceler %27.3 olarak belirlenmiştir.

TPYÖ-Pozitif boyut puanı ile OKB hastalık şiddetini belirten YBOKÖ-Toplam ve obsesyon şiddetini belirten YBOKÖ-Obsesyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. OKB hastalık şiddeti ile PBY arasındaki bu doğrusal ilişkinin yanı sıra, yapılan çoklu regresyon analizinde pozitif PBY puanlarının belirleyicileri arasında obsesyon şiddetinin anlamlı olduğu, ancak kompulsiyon şiddetinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu, obsesif düşünceler ile pozitif psikotik yaşantılar arasında daha güçlü bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Obsesyonların, genellikle kaygı uyandırıcı ve tehdit algısı oluşturan düşünceler olduğu; buna karşılık kompulsif eylemlerin kaygıyı azaltıcı bir işlev taşıdığı bilinmektedir (173). Literatürde, obsesyonların sanrılardan kişinin o düşünceye inanma seviyesine göre farklılaştığını ve obsesyonların zamanla sanrısal düşünce biçimlerine evrilebileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur (26,104,175). Bu bağlamda, obsesyonların pozitif PBY için belirleyici bir faktör olması, ancak kompulsiyonların belirleyici bulunmaması, kompulsif davranışların kaygıyı azaltma işleviyle bağlantılı olabilir. Kompulsiyonların, obsesyonların oluşturduğu tehdit algısı ve bilişsel çarpıtmalara karşı bir başa çıkma mekanizması olarak rol aldığı ve bu nedenle PBY ile doğrudan ilişkili olmayabileceği ileri sürülebilir.

OKB GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR İLE BAŞA ÇIKMA VE ALGILANAN STRES İLİŞKİSİ

Bu çalışmada OKB olgularının pozitif, negatif ve depresif boyut puanları olmak üzere her üç PBY boyutu ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ve algılanan stres düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ayrıca yapılan çok yönlü regresyon analizinde, algılanan stres düzeyinin tüm PBY boyutlarını açıklamada belirleyici bir faktör olduğu bulunmuştur. Aracılık analizinde ise, OKB hastalık şiddeti ile PBY arasındaki ilişkide algılanan stresin, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıyla birlikte, aracı değişken olarak anlamlı bir rol oynadığı saptanmıştır.

Literatürde, mevcut çalışmadaki bulgularla uyumlu olarak, PBY sıklığının stres düzeyiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve psikoz açısından yüksek risk taşıyan bireylerin daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına başvurduğu bildirilmiştir (14,16,78,133,176). Boylamsal analizler de işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının, PBY semptomlarının giderek şiddetlenmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (14,176). Ayrıca, stres duyarlılığının biyopsikolojik süreçleri etkileyerek psikoz için yatkınlık oluşturabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur (134). Zayıf başa çıkma becerilerine sahip bireylerin süreç içinde psikoz geliştirmeye yönelik bir savunmasızlığa sahip olabileceği ve halihazırda psikotik semptomları olan kişilerin, olayları daha tehdit uyandırıcı ve kontrol edilemez algılayarak yeterli başa çıkma becerilerini geliştiremeyecekleri ileri sürülmektedir (177). Bu bağlamda, psikotik belirtilerin stres algısı ve başa çıkma becerileriyle çift yönlü bir etkileşim içinde olduğu söylenebilir.

Stresin değerlendirilmesinde yaşam olaylarından ziyade, bireyin bu olayları nasıl algıladığının dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Phillips ve ark., psikoz açısından yüksek riskli bireylerin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha az stresli yaşam olayları deneyimlemiş olmalarına rağmen, bu olaylardan daha fazla sıkıntı duyduklarını ve daha düşük başa çıkma becerisi sergilediklerini bildirmiştir (15). Stresi azaltan ve başa çıkma becerilerini iyileştiren psikolojik müdahalelerin, gelecekte PBY gelişimine karşı dayanıklılığı artırabileceği belirtilmektedir (178).

Mevcut çalışmanın bulguları, OKB olgularında PBY'lerin stres algısı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıyla yakından ilişkili olduğunu; algılanan stresin, PBY üzerinde hem doğrudan bağımsız bir faktör hem de OKB hastalık şiddetinin PBY üzerindeki etkisini artıran bir aracı mekanizma olarak anlamlı bulunduğunu göstermektedir. PBY'lerin yalnızca OKB semptomlarının bir sonucu olmadığı, bireyin stres düzeyi ve başa çıkma yöntemlerinin de bu süreçte kritik bir rol oynadığı öne sürülebilir. Bu doğrultuda, PBY yönetiminde stres düzeyini azaltmaya ve başa çıkma becerilerini geliştirmeye odaklanan yaklaşımların klinik pratikte önemli bir yer tutabileceği düşünülmektedir.

OKB GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Mevcut çalışmada, beklenmeyen bir sonuç olarak OKB grubunda PBY sıklığı ile olguların yaşları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda, genel toplumda PBY'lerin sıklığının genç ve orta yetişkinlik dönemi içinde yaş ile ters orantılı olduğu ve 15-25 yaş arasında maksimum seviyeye ulaştıktan sonra azaldığı bildirilmiştir (7,67,75).

OKB grubunda; olguların eğitim durumu, medeni durumu, çalışma ve gelir düzeyleri ile PBY puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ancak, cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek olguların pozitif PBY sıklığının kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmalarda, genel toplumda subklinik psikotik belirtilerin erkeklerde, göçmenlerde, işsiz bireylerde, bekarlarda ve düşük eğitim seviyesine sahip gruplarda daha yaygın olduğu bildirilmiştir (6,179).

Literatürde ulaşılabildiği kadarıyla, OKB tanılı bireylerde sosyodemografik değişkenlerin PBY üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada, OKB grubunda PBY'lerin özellikle yaş faktörü olmak üzere sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisinin, literatürdeki genel toplum verilerinden bazı

farklılıklar göstermesinin, OKB'ye özgü bilişsel, duygusal ve nörobiyolojik özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB hastalık şiddeti arttıkça içgörüde bozulma düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (61,180). OKB grubundaki olguların %22.7'si mükemmel içgörüye sahipken, %13.6'sının zayıf içgörüye sahip olduğu ve %2.3'ünün ise içgörüsünün bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde "içgörüsü az'' veya "içgörüsü olmayan'' OKB olgularının oranı çeşitli çalışmalarda %13,8 ile 36 arasında değişmektedir(181,182). DSM-IV saha çalışmasında OKB vakalarının %4 ü içgörüsü yok olarak belirlenmiştir (183).

Mevcut çalışmada OKB olgularında pozitif PBY sıklığı ile içgörüde bozulma düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde, psikoz spektrumunun OKB'de düşük içgörü ile pozitif ilişkisini destekleyen çalışmalar mevcut olmakla birlikte, araştırmalar genellikle OKB'ye eşlik eden psikotik bozukluklar ile içgörü arasındaki ilişkiye odaklanmıştır (104,184,185). Psikoz benzeri yaşantıların OKB'de içgörü düzeyiyle nasıl bir bağlantı gösterdiğine dair sınırlı kanıt bulunmaktadır. Mevcut çalışmada, pozitif PBY sıklığı ile içgörüde bozulma arasında pozitif yönlü korelasyon saptanmış olmasının yanında, yapılan çoklu regresyon analizinde içgörünün PBY üzerinde belirleyici bir faktör olmadığı ve yapılan aracılık analizinde ise OKB şiddeti ile PBY arasındaki ilişkide içgörünün aracı değişken rolü taşımadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, OKB'de psikotik yaşantı sıklığının içgörüde bozulmanın dışında farklı mekanizmalarla ilişkili olabileceğini, içgörünün tek başına PBY gelişimi için belirleyici olmadığını, diğer psikopatolojik faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir**.** Ayrıca çalışmanın çıkarımları, içgörü kavramının yalnızca semptomlar üzerinden değil; daha geniş bir psikopatolojik çerçevede, bağımsız bir klinik fenomen olarak değerlendirilmesinin daha uygun olduğunu öne süren araştırmalarla uyumludur (62).

Mevcut çalışmada ayrıca, negatif ve depresif PBY sıklığı ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Depresif psikotik boyut maddelerinin, depresyon belirtileri ile benzerliği göz önünde bulundurulduğunda, literatürde

depresyon belirtilerinin OKB'de içgörüde bozulma düzeyi ile ilişkili olduğu yönündeki bulgular daha yoğunlukta bulunmaktadır (61). Bununla birlikte, mevcut çalışma ile tutarlı bulgular sunan çalışmalar da mevcuttur (186,187). Negatif semptomlar genellikle psikotik bozukluklarda düşük içgörü ile ilişkilendirilirken, mevcut çalışmada negatif PBY'nin içgörü ile anlamlı bir ilişki göstermemesi, OKB'de gözlenen negatif yaşantıların psikotik spektrumda tanımlanan negatif semptomlardan farklı bir klinik dinamiğe sahip olabileceğini ve bu belirtilerin farklı bilişsel ve duygusal süreçlerle bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Her ne kadar hem erken hem de kronik psikotik süreçlerde, negatif semptomlarla düşük içgörü arasında pozitif bir ilişki bildirilmiş olsa da ulaşılabildiği kadarıyla OKB'de negatif PBY ile içgörü arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan mevcut çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, OKB grubunda klinik düzeyde ek psikiyatrik tanı (örneğin majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu vb.) bulunan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Ancak, HAM-D ve HAM-A ölçekleri ile değerlendirilen depresyon ve anksiyete belirtileri, belirli bir eşiğin altında kaldığı ve klinik tanı kriterlerini karşılamadığı sürece dışlama nedeni olarak kabul edilmemiştir. Olguların %43,2'sinin Hamilton depresyon puanı "normal", %68,2'sinin Hamilton anksiyete puanı "hafif" olarak bulunmuştur.

OKB olgularının pozitif PBY sıklığı ile depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki çalışmaları desteklemektedir (188–191). PBY'ler genellikle psikotik bozukluklarla ilişkilendirilse de depresyon ve anksiyete belirtilerinin de PBY bildirme olasılığını artırdığı görülmektedir. Depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde, sağlıklı kontrollere kıyasla PBY sıklığı ve yaygınlığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir (4,189). Bununla birlikte, klinik dışı örneklemlerde de anksiyete ve depresyon belirtilerinin subklinik psikotik deneyimlerle ilişkili olduğu ortaya konmuştur (192). Duygusal düzensizlik (anksiyete ve depresyon semptomları) ile gerçeklik algısında yanılgılar, subklinik ve klinik spektrumda sıklıkla birlikte ortaya çıkabilmektedir (4,193). Duygulanımdaki bozulmaların kişilerde gerçekliğin çarpıtılmasına nedensel bir katkıda bulunabileceği ve bu süreçlerin şiddeti arttıkça

birbiriyle olan ilişkilerinin güçlendiği gösterilmiştir (193). Bu semptomların aynı psikopatolojik yapıyı temsil ettiğini söylemek mümkün olmasa da birbirleri ile pozitif korelasyon gösteriyor oldukları yaygın biçimde kabul görmektedir (69,188,194,195).

Mevcut çalışmada, çoklu regresyon modelinde diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde, depresyon ve anksiyete belirtilerinin pozitif PBY için doğrudan anlamlı bir belirleyici olmadığı saptanmakla birlikte, aracılık analizi sonucunda PBY ile OKB şiddeti arasındaki ilişkide aracı değişkenler olarak anlamlı oldukları saptanmıştır**.** Bu bulgular ile paralel olarak, duygusal düzensizlik semptomları ile etkileşime giren obsesif semptomların, OKB hastalarında psikoz benzeri deneyimlerin seviyesini öngördüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (148). Mevcut çalışmanın bulguları, depresyon ve anksiyete belirtilerinin PBY üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olabileceğini, OKB'nin hem PBY'leri hem de depresyon ve anksiyeteyi artıran ortak bir faktör olabileceğini ve hastalık şiddetindeki artışın depresyon ve anksiyete düzeylerini yükselterek PBY belirtilerini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Genel psikolojik sıkıntının klinik bir tanı varlığında PBY'lere yol açma olasılığının arttığı fikrini desteklemektedir (196).

SAĞLIKLI KONTROL GRUBUNDA PSİKOZ BENZERİ YAŞANTILAR

Mevcut çalışmada, sağlıklı kontrol grubunun ortalama TPYÖ puanları; pozitif boyut 27.36±3.99, negatif boyut 23.36±4.97, depresyon boyutu ise 13.41±2,52 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun %65,9'u pozitif PBY maddelerinden en az bir tanesine "sıklıkla" veya "neredeyse her zaman" şeklinde yanıt vermiştir. Alt boyut düzeyinde değerlendirildiğinde, kötülük görme %56.8, bizar yaşantılar %9.1, algısal tuhaflıklar %4.5, grandiyöz düşünceler %13.6 olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, toplumlar arasında PBY yaygınlık oranlarında belirgin farklılıklar bulunduğu görülmektedir**.** Nuevo ve ark.**,** geniş çaplı çok uluslu nitelik taşıyan çalışmalarında, belirli psikotik semptomların son 12 aydaki yaygınlığının %4,80–8.37 aralığında olduğunu ve örneklemin %12,52'sinin en az bir semptoma olumlu yanıt verdiğini bildirmiştir (85). Mevcut çalışmada daha yüksek oranlar saptanması ayrıca ölçüm araçlarındaki farklılıklara da bağlanabilir. Literatürde farklı ölçüm araçları ile yapılan

çalışmalarda PBY yaygınlığının değişiklik gösterdiği görülmektedir (86,88–90,93,197). Nuevo ve ark. evet/hayır formatında ve 12 aylık süreyi kapsayan bir değerlendirme yöntemi kullanmıştır (85). Oysa mevcut çalışmada kullanılan TPYÖ ölçeği, daha geniş bir yanıt aralığı sunarak PBY'lerin yaşam boyu yaygınlığını ölçmektedir. Bununla birlikte, aynı ölçek ile farklı örneklem grupları üzerinde yapılan çalışmalarda da farklı oranlar saptanabilmektedir. Örneğin, Tunus ve Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde TPYÖ kullanılarak yapılmış olan iki ayrı çalışmada; TPYÖ puanlarının mevcut çalışmaya kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (71,198). Bu farklılığın, söz konusu iki çalışmada örneklem gruplarının üniversite öğrencileri olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Özetle; değerlendirme biçimi, ölçüm araçlarındaki farklılıklar, örneklem özellikleri, sosyokültürel özellikler gibi farklılıkların sağlıklı popülasyonda PBY oranlarını etkilediği görülse de mevcut çalışmada sağlıklı bireylerde de dikkate değer düzeyde PBY saptanmış olması, psikoz sürekliliği fikrini destekler niteliktedir.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmanın kesitsel tasarıma sahip olması nedeniyle incelenen değişkenlerin zaman içindeki değişimini ve etkileşimlerini gözlemlemek mümkün olmamıştır. Öz bildirim ölçekleri ile gerçekleştirilmesi, bazı verilerin objektifliğini etkileyebilir ve değerlendirilen bilgilerin bir bölümünün katılımcıların geçmişe dönük hatırlamalarına dayanması nedeniyle yanlılık riski taşıyabilir. Katılımcıların hastalık şiddeti ve tedavi alma durumları arasında farklılıklar bulunması değerlendirmeleri etkileyebilecek bir diğer kısıtlılıktır. OKB grubundaki bireylerin tedavi arayışı olan poliklinik ve servis hastalarından oluşması, çalışmanın sonuçlarını genel toplumdaki tüm OKB olguları için genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1) Çalışmanın ilk hipotezi doğrulanmıştır: OKB olgularında PBY sıklığı ve yaygınlığı ruhsal açıdan sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur.

2) Çalışmanın ikinci hipotezi doğrulanmıştır: OKB olgularının, sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek algılanan stres düzeyine sahip oldukları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha sık kullandıkları saptanmıştır.

3) Çalışmanın üçüncü hipotezi doğrulanmıştır: OKB olgularında görülen PBY sıklığı ile işlevsel olmayan başa çıkma tutumları, algılanan stres düzeyleri, OKB hastalık şiddeti, içgörüde bozulma düzeyi, depresyon ve anksiyete şiddetleri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

4) Çalışmanın dördüncü hipotezi büyük oranda doğrulanmıştır: PBY ile OKB hastalık şiddeti arasındaki ilişkide; işlevsel olmayan başa çıkma tutumları, algılanan stres düzeyi, depresyon ve anksiyete düzeyinin aracı etkisinin olduğu saptanmıştır. Ancak, içgörüde bozulma düzeyinin aracılık etkisi bulunmadığı için, bu değişken açısından hipotez doğrulanmamıştır.

5) Pozitif PBY sıklığı için belirleyici faktörlerin, obsesyon şiddeti ve algılanan stres düzeyi olduğu bulunmuştur.

Sonuçlar, obsesif kompulsif bozukluğun psikoz sürekliliği içerisinde değerlendirilebilecek bir bozukluk olabileceğini ve psikoz benzeri yaşantıların OKB olgularında sağlıklı bireylere kıyasla belirgin şekilde arttığını desteklemektedir. OKB hastaları klinisyenlerce değerlendirilirken; PBY, stres algısı ve başa çıkma tutumlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiği; uygulanacak klinik müdahalelerin yalnızca OKB semptomlarını hedeflemekle kalmayıp, aynı zamanda stres yönetimi ve aktif başa çıkma becerilerini güçlendirmeye yönelik adımlar da içermesi gerektiği vurgulanmalıdır.

Ayrıca, sağlıklı bireylerde de psikoz benzeri yaşantıların azımsanmayacak sıklıkta gözlenmiş olması, bu deneyimlerin yalnızca klinik düzeydeki psikiyatrik

bozukluklarla sınırlı olmadığını, genel popülasyonda da belirli bir yaygınlık gösterdiğini ortaya koymakta ve psikozun bir süreklilik olarak ele alınması gerektiği fikrini desteklemektedir.

Gelecekte bu alandaki çalışmaların, farklı yaş grupları, sosyoekonomik düzeyler ve kültürel arka planlardan gelen katılımcıları kapsayan; birden fazla merkezden ve coğrafi bölgeden veriler toplayarak, toplum temelli katılımcıları içeren daha geniş ve çeşitli örneklemler üzerinde yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca, PBY'lerin zaman içindeki seyrini inceleyebilen boylamsal tasarımlara ve psikososyal müdahalelerin etkilerini değerlendirebilen yaklaşımlara yer verilmesi ve psikotik fenomenlerin pozitif boyutunun yanı sıra, negatif ve depresif boyutlarının da ele alınması önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Unterrassner L, Unterrassner L. Subtypes of Psychotic-Like Experiences and Their Significance for Mental Health. Psychosis - Biopsychosocial and Relational Perspectives [Internet]. 2018 Oct 17 [cited 2024 Jul 27]; Available from: https://www.intechopen.com/chapters/62216
2. Yung AR, Buckby JA, Cotton SM, Cosgrave EM, Killackey EJ, Stanford C, et al. Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: Associations with distress, depression, and disability. Schizophr Bull. 2006 Apr;32(2):352–9.
3. Kelleher I, Devlin N, Wigman JTW, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C, et al. Psychotic experiences in a mental health clinic sample: Implications for suicidality, multimorbidity and functioning. Psychol Med. 2014;44(8):1615–24.
4. Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, et al. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: A population-based survey in young adults. Schizophr Bull. 2011 Mar;37(2):389–93.
5. Pechey R, Halligan P. Prevalence and correlates of anomalous experiences in a large non-clinical sample. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2012 Jun;85(2):150–62.
6. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychol Med. 2009 Feb;39(2):179–95.
7. Linscott RJ, Van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. Vol. 43, Psychological Medicine. 2013. p. 1133–49.
8. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen HU, Werbeloff N, Weiser M, et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. Vol. 42, Psychological Medicine. 2012. p. 2239–53.
9. Rasmussen J, Steketee G, Silverman M, Wilhelm S. The Relationship of Hoarding Symptoms to Schizotypal Personality and Cognitive Schemas in an OCD Sample.
10. Mariné R, Creus M, Solé M, Cabezas Á, Algora MJ, Moreno I, et al. Clinical correlates of obsessive-compulsive symptom dimensions in at-risk mental states and psychotic disorders at early stages. Psychiatry Res. 2015 Aug 30;228(3):363–7.
11. Tibbo P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap.
12. Pruessner M, Iyer SN, Faridi K, Joober R, Malla AK. Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. Schizophr Res. 2011 Jun 1;129(1):29–35.

13. Kim KR, Song YY, Park JY, Lee EH, Lee M, Lee SY, et al. The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2013 Aug;47(8):762–71.
14. Jalbrzikowski M, Sugar CA, Zinberg J, Bachman P, Cannon TD, Bearden CE. Coping styles of individuals at clinical high risk for developing psychosis. Early Interv Psychiatry. 2014;8(1):68–76.
15. Phillips LJ, Edwards J, McMurray N, Francey S. Comparison of experiences of stress and coping between young people at risk of psychosis and a non-clinical cohort. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2012 Jan;40(1):69–88.
16. Ered A, Gibson LE, Maxwell SD, Cooper S, Ellman LM. Coping as a mediator of stress and psychotic-like experiences. European Psychiatry. 2017 Jun 1;43:9–13.
17. van der Steen Y, Gimpel-Drees J, Lataster T, Viechtbauer W, Simons CJP, Lardinois M, et al. Clinical high risk for psychosis: the association between momentary stress, affective and psychotic symptoms. Acta Psychiatr Scand. 2017 Jul 1;136(1):63–73.
18. Turley D, Drake R, Killackey E, Yung AR. Perceived stress and psychosis: The effect of perceived stress on psychotic-like experiences in a community sample of adolescents. Early Interv Psychiatry. 2019 Dec 1;13(6):1465–9.
19. DeVylder JE, Koyanagi A, Unick J, Oh H, Nam B, Stickley A. Stress Sensitivity and Psychotic Experiences in 39 Low- and Middle-Income Countries. Schizophr Bull. 2016 Nov 1;42(6):1353–62.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th ed. Boland R, Verduin M, Ruiz P, editors. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
21. Fornaro M, Gabrielli F, Albano C, Fornaro S, Rizzato S, Mattei C, et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: A comprehensive survey. Vol. 8, Annals of General Psychiatry. 2009.
22. Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. In: Tükel R, Demet MM, editors. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. 2nd ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021.
23. Black DW., Andreasen NC. Introductory textbook of psychiatry. 2014;760.
24. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 17th ed. Vol. 1. Ankara: BAYT; 2023.
25. Berrios GE. Hills Rd., Cambridge CB2 2QQ. U.K. 0 1989 by W.B. Saunders Company. Vol. 30, Comprehensive Psychiatry.
26. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, Overvalued Ideas, and Delusions in Obsessive-Compulsive Disorder. Vol. 32, Behao. Res. Ther. 1994.
27. Solyom L, Dlnlcola VF, Phil M, Sookman D, Luchins AD. Is There an Obsessive Psychosis? Aetiological and Prognostic Factors of an Atypical Form of Obsessive-Compulsive Neurosis*.
28. Zayman EP. DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. Cukurova Medical Journal. 2016 Jun 30;41(2):360.

29. Hollander E, Braun A, Simeon D. Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. In: Depression and Anxiety. 2008. p. 317–29.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Third. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Fourth,Text Revision. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 May 22;
33. Çuhadaroğlu F, Organization WH. ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları [Internet]. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993. (Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği yayınları). Available from: https://books.google.com.tr/books?id=l0q6MQAACAAJ
34. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ. Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. Vol. 13, Brain and Behavior. John Wiley and Sons Ltd; 2023.
35. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1988 Dec 1 [cited 2024 Nov 5];45(12):1094–9. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/494440
36. Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;62:185–92.
37. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Vol. 169, British Journal of Psychiatry. Royal College of Psychiatrists; 1996. p. 101–7.
38. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. 2nd ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021.
39. Blanco-Vieira T, Radua J, Marcelino L, Bloch M, Mataix-Cols D, Conceição do Rosário M. Systematic Review Open Systematic Review The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. [cited 2024 Oct 5]; Available from: https://doi.org/10.1038/s41398-023-02433-2
40. Mattina GF, Steiner M. The need for inclusion of sex and age of onset variables in genetic association studies of obsessive–compulsive disorder: Overview. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2016 Jun 3;67:107–16.
41. Sadock BJ. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. In: Prof. Dr. Ali Bozkurt, editor. Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 424.

42. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The Role of Dopamine in Obsessive-Compulsive Disorder: Preclinical and Clinical Evidence. Vol. 65, J Clin Psychiatry. 2004.
43. Westenberg HG m., Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder: Serotonin and Beyond. CNS Spectr. 2007;12(S3):14–27.
44. Ducasse D, Boyer L, Michel P, Loundou A, Macgregor A, Micoulaud-Franchi JA, et al. D2 and D3 dopamine receptor affinity predicts effectiveness of antipsychotic drugs in obsessive-compulsive disorders: A metaregression analysis. Psychopharmacology (Berl) [Internet]. 2014 Mar 6 [cited 2025 Feb 15];231(18):3765–70. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-014-3516-3
45. Pittenger C, Krystal JH, Coric V. Glutamate-Modulating Drugs as Novel Pharmacotherapeutic Agents in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. NeuroRX. 2006 Jan 1;3(1):69–81.
46. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. Vol. 29, Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd; 2005. p. 399–419.
47. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: Beyond segregated cortico-striatal pathways. Vol. 16, Trends in Cognitive Sciences. 2012. p. 43–51.
48. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Patogenezi. In: Tükel R, Demet MM, editors. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çalışma Birimleri Dizisi No: 21; p. 21–63.
49. Marcks BA, Woods DW. Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 2007 Nov;45(11):2640–51.
50. Salkovskis PM. Obsessional-Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analyses. Vol. 23, Behm Res. Ther. 1985.
51. Foa EB, Kozak MJ. Obsessive-Compulsive Disorder. Vol. 152, Am J Psychiatry. 1995.
52. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci. 2001;55(6):623–7.
53. Köroğlu E, GC, & ŞS. Psikiyatri temel kitabı. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 273. In: Psikiyatri temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007. p. 273.
54. Jenike MA. Obsessive–Compulsive Disorder. N Engl J Med [Internet]. 2004 Jan 15 [cited 2025 Jan 30];350(3):259–65. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp031002
55. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical Characteristics and Family History in Obsessive-Compulsive Disorder. Vol. 1, Am J Psychiatry. 1986.
56. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive–compulsive disorder (OCD): An international collaboration. Compr Psychiatry. 2017 Jul 1;76:79–86.
57. Koran LM, Gregory Hanna CL, Hollander E, Nestadt G, Blair Simpson H. Practice Guideline For the Treatment of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Work Group On Obsessive-

Compulsive Disorder. 2010 [cited 2025 Jan 25]; Available from: http//www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.

58. Karamustafalıoğlu O, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ş, Kliniği Şefi P, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital. 2011;2(2):45.
59. Moritz S, Fink J, Miegel F, Nitsche K, Kraft V, Tonn P, et al. Obsessive–Compulsive Disorder is Characterized by a Lack of Adaptive Coping Rather than an Excess of Maladaptive Coping. Cognit Ther Res [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2025 Jan 15];42(5):650–60. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-018-9902-0
60. Pallanti S, Grassi G, Cantisani A. Approaches to Treatment Resistance. Obsessive-Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice. 2012 Jun 12;99–131.
61. Bulut S, Fistikci N, Topcuoglu V. Obsessive Compulsive Disorder with Poor Insight. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(3):1.
62. Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. Psychopathology [Internet]. 2009 Aug [cited 2025 Feb 6];42(5):277–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19609097/
63. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü kavramı ve şizofreni. RCHP. 2010;4(1–2):23–32.
64. Rasmussen AR, Nordgaard J, Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive–compulsive disorder: an empirical study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 Feb 6];270(8):993–1002. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-019-01022-z
65. Ottoni R, Pellegrini C, Mora L, Marchesi C, Tonna M. Psychopathology of insight in obsessive–compulsive disorder. Current Psychology [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Feb 6];42(17):14760–8. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-022-02806-8
66. Andorko ND, Mittal V, Thompson E, Denenny D, Epstein G, Demro C, et al. The association between sleep dysfunction and psychosis-like experiences among college students. Psychiatry Res. 2017 Feb 1;248:6–12.
67. DeRosse P, Karlsgodt KH. Examining the Psychosis Continuum. Curr Behav Neurosci Rep. 2015 Jun 1;2(2):80–9.
68. Kaymaz N, Van Os J. Extended psychosis phenotype - Yes: Single continuum - Unlikely. Vol. 40, Psychological Medicine. 2010. p. 1963–6.
69. Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, Radstake S, Verdoux H, van Os J. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Mar 1;38(3):149–54.
70. Pedrero EF, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: an update. Psicothema. 2017;29(1):5–17.
71. Fekih-Romdhane F, Sassi H, Ennaifer S, Tira S, Cheour M. Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a large community sample of young adults in Tunisia. Community Ment Health J. 2020;56(6):991–1003.

72. Ozdemir O. Dimensional Approach in Psychiatry. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(3):315.
73. Mawn L, Campbell T, Aynsworth C, Beckwith H, Luce A, Barclay N, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic experiences: A systematic review and meta-analysis. J Obsessive Compuls Relat Disord. 2020 Jul 1;26:100539.
74. Guloksuz S, Van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. Psychol Med [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2025 Feb 19];48(2):229–44. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/slow-death-of-the-concept-of-schizophrenia-and-the-painful-birth-of-the-psychosis-spectrum/34A1F68AFAEA0DF1AA12A5F04B87E0C8
75. Van Os J, Linscott RJ. Introduction: The extended psychosis phenotype - Relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. Schizophr Bull. 2012 Mar;38(2):227–30.
76. Strauss JS. Hallucinations and Delusions as Points on Continua Function Rating Scale Evidence [Internet]. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/
77. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders.
78. Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK, Avramopoulos DA, Evdokimidis IK, Stefanis CN, et al. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. Psychol Med [Internet]. 2002 [cited 2025 Jan 19];32(2):347–58. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/evidence-that-three-dimensions-of-psychosis-have-a-distribution-in-the-general-population/BA0A9032B266E8CFFBA3E3B8B762E41C
79. Johns LC, Van Os J. The Continuity Of Psychotic Experiences In The General Population. Clin Psychol Rev. 2001 Nov 1;21(8):1125–41.
80. Van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. World Psychiatry. 2016 Jun 1;15(2):118–24.
81. Van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl R V., Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? Am J Psychiatry [Internet]. 2003 Mar [cited 2025 Jan 24];160(3):477–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12611828/
82. Umut K. Exploring psychotic experiences in the context of multidimensional psychopathology [Internet]. maastricht university; 2020. Available from: https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/e8d1f37b-6af9-416d-a037-d3f7a4b3ff8e
83. Wigman JTW, van Winkel R, Jacobs N, Wichers M, Derom C, Thiery E, et al. A twin study of genetic and environmental determinants of abnormal persistence of psychotic experiences in young adulthood. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics [Internet]. 2011 Jul 1 [cited 2025 Jan 15];156(5):546–52. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajmg.b.31193

84. Konings M, Bak M, Hanssen M, Van Os J, Krabbendam L. Validity and reliability of the CAPE: A self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. Acta Psychiatr Scand. 2006 Jul;114(1):55–61.
85. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. Schizophr Bull [Internet]. 2012 May 1 [cited 2024 Dec 8];38(3):475–85. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbq099
86. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. JAMA Psychiatry. 2015 Jul 1;72(7):697–705.
87. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime Prevalence, Demographic Risk Factors, and Diagnostic Validity of Nonaffective Psychosis as Assessed in a US Community Sample The National Comorbidity Survey [Internet]. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/
88. Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. J Nerv Ment Dis [Internet]. 1991 [cited 2025 Jan 26];179(11):689–93. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1940893/
89. Bijl R V., Van Zessen G, Ravelli A, De Rijk C, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 1998 Dec [cited 2025 Jan 26];33(12):581–6. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s001270050097
90. Scott J, Chant D, Andrews G, McGrath J. Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. Psychol Med [Internet]. 2006 Feb [cited 2025 Jan 26];36(2):231–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16303059/
91. Shevlin M, Murphy J, Dorahy MJ, Adamson G. The distribution of positive psychosis-like symptoms in the population: a latent class analysis of the National Comorbidity Survey. Schizophr Res [Internet]. 2007 Jan [cited 2025 Jan 26];89(1–3):101–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17097273/
92. Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). Schizophr Bull [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2025 Jan 28];30(4):1005–22. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007116
93. Binbay İT. İzmir kent merkezinde yaşayan 15-64 yaş arası nüfusu temsil eden bir örneklemde toplumsal eşitsizlikler ile psikoz-benzeri yaşantılar, psikotik belirtiler ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2009 Dec 17 [cited 2025 Jan 13]; Available from: https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/336162
94. van Os J, Hanssen M, Bijl R V, Vollebergh W. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms An Urban-Rural Comparison.

95. Calkins ME, Moore TM, Merikangas KR, Burstein M, Satterthwaite TD, Bilker WB, et al. The psychosis spectrum in a young U.S. community sample: findings from the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. World Psychiatry [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2024 Dec 8];13(3):296–305. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20152
96. Fisher HL, Caspi A, Poulton R, Meier MH, Houts R, Harrington H, et al. Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: A birth cohort study. Psychol Med. 2013 Oct;43(10):2077–86.
97. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O'Callaghan M, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. Psychol Med [Internet]. 2009 Apr [cited 2025 Jan 13];39(4):625–34. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/emotional-and-behavioural-antecedents-of-young-adults-who-screen-positive-for-nonaffective-psychosis-a-21year-birth-cohort-study/B1D0174125F0E51ABF368C30CDEE16B5
98. Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. British Journal of Clinical Psychology. 2005 Jun;44(2):181–91.
99. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. Schizophr Res. 2013 Oct;150(1):31–5.
100. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res. 2004 Apr 1;67(2–3):131–42.
101. Debbané M, Barrantes-Vidal N. Schizotypy from a developmental perspective. In: Schizophrenia Bulletin. Oxford University Press; 2015. p. S386–95.
102. Strauss EW. On obsession. A clinical and methodological study. Nerv Ment Dis Monogr 1948; No. 73.
103. Weiss AA, Robinson S, Winnik HZ. Obsessive psychosis -- a cross-validation study. Isr Ann Psychiatr Relat Discip [Internet]. 1975 Jun 1 [cited 2024 Aug 16];13(2):137–41. Available from: https://europepmc.org/article/med/1057540
104. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R, et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2008 May 30;159(1–2):254–8.
105. Zink M, Schirmbeck F, Rausch F, Eifler S, Elkin H, Solojenkina X, et al. Obsessive–compulsive symptoms in at-risk mental states for psychosis: associations with clinical impairment and cognitive function. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2024 Oct 4];130(3):214–26. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12258
106. Hagen K, Hansen B, Joa I, Larsen TK. Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. BMC Psychiatry. 2013 May 30;13.

107. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. Schizophr Res. 2014 Feb 1;152(2–3):458–68.
108. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: An update. Vol. 22, CNS Spectrums. Cambridge University Press; 2017. p. 258–72.
109. Attademo L, Bernardini F. Schizotypal personality disorder in clinical obsessive–compulsive disorder samples: a brief overview. CNS Spectr [Internet]. 2021 Oct 27 [cited 2024 Aug 11];26(5):468–80. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/abs/schizotypal-personality-disorder-in-clinical-obsessivecompulsive-disorder-samples-a-brief-overview/3E0D32CD83BB83086D8FE3AE7FDD2077
110. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. Riv Psichiatr [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2024 Aug 11];47(2):106–15. Available from: https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1069/articoli/11715/
111. Poyurovsky M. Schizo-Obsessive Disorder [Internet]. Cambridge University Press; 2013. (Cambridge Medicine). Available from: https://books.google.com.tr/books?id=QhhhlAgE5_AC
112. Fontenelle LF, Lopes AP, Borges MC, Pacheco PG, Nascimento AL, Versiani M. Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr. 2008;13(2):125–30.
113. Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships Between Obsessive-Compulsive Symptomatology and Severity of Psychosis in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 70, OC Symptomatology and Psychosis Severity in Schizophrenia J Clin Psychiatry. 2009.
114. de Haan L, Sterk B, van der Valk R. Presence of obsessive compulsive symptoms in first-episode schizophrenia or related disorders is associated with subjective well-being and quality of life. Early Interv Psychiatry. 2013 Aug;7(3):285–90.
115. Badcock JC, Waters FAV, Maybery M. On keeping (intrusive) thoughts to one's self: Testing a cognitive model of auditory hallucinations. Cogn Neuropsychiatry. 2007 Jan 1;12(1):78–89.
116. Leung JG, Palmer BA. Psychosis or Obsessions? Clozapine Associated with Worsening Obsessive-Compulsive Symptoms. Case Rep Psychiatry. 2016;2016:1–5.
117. Morrison AP. Morrison, A. P. (2005). Psychosis and the phenomenon of unwanted intrusive thoughts. Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment, 175-198. [Internet]. [cited 2024 Aug 17]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=PP9aFiFyDm8C&oi=fnd&pg=PA175&dq=Morrison,+2005+hallucinations&ots=WWU2_5xNN-&sig=V8p0v116X7inqTw9jHHZjWDs9x0&redir_esc=y#v=onepage&q=Morrison%2C%202005%20hallucinations&f=false
118. Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Implications for future psychiatric classifications. Compr Psychiatry. 2012 Jul;53(5):480–3.

119. Folkman S, LRS, GRJ, & DA. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol. 1986;50(3):571–9.
120. Folkman S, Lazarus RS. If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. Vol. 48. 1985.
121. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. Vol. 3, Annual Review of Clinical Psychology. 2007. p. 377–401.
122. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. Vol. 129, Psychological Bulletin. 2003. p. 216–69.
123. Lazarus RS. Further Annual Reviews From Psychological Stress To The Emotions: A History of Changing Outlooks [Internet]. 1993. Available from: www.annualreviews.org
124. Littleton H, Horsley S, John S, Nelson D V. Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. J Trauma Stress. 2007 Dec;20(6):977–88.
125. Lazarus RS. Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. J Pers [Internet]. 2006 Feb 1 [cited 2025 Jan 18];74(1):9–46. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x
126. Suls J, Fletcher B. The Relative Efficacy of Avoidant and Nonavoidant Coping Strategies: A Meta-Analysis. Vol. 4, HEALTH PSYCHOLOGY. 1985.
127. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. J Behav Med [Internet]. 1981 Jun [cited 2025 Jan 18];4(2):139–57. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/BF00844267
128. Yücel Ağargün Mehmet, Beşiroğlu L, Kemal Kıran Ü, Akil Özer Ö, Kara H, Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Y, et al. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:221-226.
129. Bandura A. Toward a Psychology of Human Agency. Vol. 1. 2014.
130. Morgado P, Freitas D, Bessa JM, Sousa N, Cerqueira JJ, Xia G, et al. Perceived stress in obsessive–compulsive disorder is related with obsessive but not compulsive symptoms. 2013; Available from: www.frontiersin.org
131. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. Behaviour Research and Therapy. 1993 Nov 1;31(8):713–20.
132. Horan WP, Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Hwang SS, Mintz J. Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies and altered subjective appraisals. Schizophr Res. 2005 Jun 15;75(2–3):363–74.
133. Pruessner M, Iyer SN, Faridi K, Joober R, Malla AK. Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. Schizophr Res. 2011 Jun;129(1):29–35.

134. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. Clin Psychol Rev. 2007 May;27(4):409–24.
135. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif Topak O, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders - clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. Turk Psikiyatri Dergisi. 2019;30(1).
136. Saka MC, Atbaşoğlu EC, Alptekin K, Üçok A, Gülöksüz S, Akdeniz C. Şizofrenide gen-çevre etkileşimi çalışması için Avrupa şizofreni ağı dahilinde Türkiye şizofreni ağı aile temelinde gen çevre etkileşimi çalışması: çok merkezli, uluslararası, müdahalesiz laboratuvar çalışması. [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 19]. Available from: http://www.eu-gei.eu/
137. Sevi OM, Ustamehmetoğlu F, Gülen M, Zeybek Z. The reliability and validity of community assessment of psychic experiences scale-Turkish form. Yeni Symposium. 2019 Sep 1;57(3):15–22.
138. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980;21(3):219–39.
139. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56:267–83.
140. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
141. Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AA, Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü A, Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği A, Adresi Y, Eskin M, Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD A. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. [cited 2025 Jan 19];3. Available from: www.yenisymposium.net
142. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1989 Nov 1 [cited 2024 Oct 28];46(11):1006–11. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/494743
143. Karamustafalıoglu KO ÜAUMEH. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalısması. In: 29Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. 1993. p. 86.
144. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56–62.
145. Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996;4(4):251–9.
146. Hamilton M. The Assessment Of Anxiety States By Rating. British Journal of Medical Psychology. British Journal of Medical Psychology. 1959;32(1):50–5.
147. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9(2):114–7.

148. Bortolon C, Raffard S. Self-reported psychotic-like experiences in individuals with obsessive-compulsive disorder versus schizophrenia patients: Characteristics and moderation role of trait anxiety. Compr Psychiatry. 2015 Feb 1;57:97–105.
149. WHO Library Cataloguing in Publication Data. 1999;
150. Murat Demet M, Devec A, Den FLZ, Oryal E, Kin TA, Ek EM, et al. Demet ve ark. 133 Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji.
151. Yiğittürk D, Emul M, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. In: 38 Ulusal Psikiyatri Kongresi. Marmaris, Türkiye; 2002. p. 185–8.
152. Williams MT, Wetterneck CT, Thibodeau MA, Duque G. Validation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Severity Scale in African Americans with obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res. 2013 Sep 30;209(2):214–21.
153. Marsden Z, Lovell K, Blore D, Ali S, Delgadillo J. A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive–compulsive disorder. Clin Psychol Psychother [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2025 Jan 14];25(1):e10–8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.2120
154. Fatori D, Costa DLC, Asbahr FR, Ferrão YA, Rosário MC, Miguel EC, et al. Is it time to change the gold standard of obsessive-compulsive disorder severity assessment? Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. https://doi.org/101177/0004867420924113 [Internet]. 2020 May 30 [cited 2025 Jan 14];54(7):732–42. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004867420924113
155. Da Conceição Costa DL, Barbosa VS, Requena G, Shavitt RG, De Bragança Pereira CA, Diniz JB. Dissecting the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale severity scale to understand the routes for symptomatic improvement in obsessive-compulsive disorder. https://doi.org/101177/0269881117705087 [Internet]. 2017 Apr 26 [cited 2025 Jan 14];31(10):1312–22. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881117705087
156. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. Schizophr Res. 2009 Feb 1;107(2–3):179–85.
157. Wigman JTW, Van Winkel R, Raaijmakers QAW, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA, et al. Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical psychotic experiences: a 6-year longitudinal general population study. Psychol Med [Internet]. 2011 Nov [cited 2025 Jan 16];41(11):2317–29. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/evidence-for-a-persistent-environmentdependent-and-deteriorating-subtype-of-subclinical-psychotic-experiences-a-6year-longitudinal-general-population-study/2371AAC3A22AB612237B261C10894EAC

158. Bak M, Myiri'qermeys I, Hanssen M, Bijl R, Vollebergh W, Delespaul P, et al. When Does Experience of Psychosis Result in a Need for Care? A Prospective General Population Study [Internet]. Available from: http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/
159. Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. Schizophr Res. 2008 Jul;102(1–3):96–107.
160. Korkmaz U, Şahin AR, Böke Ö, Sarısoy G, Karabekiroğlu A, Özdin S, et al. Psychotic-like experiences in obsessive compulsive disorder. European Journal of Psychiatry. 2023 Oct 1;37(4).
161. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. J Clin Psychiatry [Internet]. 1993 Oct;54(10):373—379. Available from: http://europepmc.org/abstract/MED/8262879
162. Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, et al. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. Br J Psychiatry [Internet]. 2005 May [cited 2025 Feb 19];186(MAY):427–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15863749/
163. Larøi F, Van Der Linden M. Nonclinical participants' reports of hallucinatory experiences. Canadian Journal of Behavioural Science. 2005;37(1):33–43.
164. Van Os J, Hanssen M, Bijl R V, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? [Internet]. Vol. 45, Schizophrenia Research. 2000. Available from: www.elsevier.com/locate/schres
165. Kitamura T, Okazaki Y, Fujinawa A, Yoshino M, Kasahara Y. Symptoms of Psychoses: A Factor–Analytic Study. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 1995 [cited 2024 Dec 25];166(2):236–40. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/symptoms-of-psychoses/A8C4A89949C4FC34A522E62CC8D469D7
166. Dominguez MDG, Saka MC, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and subsequent clinical psychosis: A 10-year study. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2010 [cited 2025 Jan 13];167(9):1075–82. Available from: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2010.09060883
167. Alemany S, Ayesa-Arriola R, Arias B, Fatjó-Vilas M, Ibáñez MI, Ortet G, et al. Childhood abuse in the etiological continuum underlying psychosis from first-episode psychosis to psychotic experiences. European Psychiatry. 2015 Jan 1;30(1):38–42.
168. Holahan CJ, Holahan CK, Moos RH, Brennan PL, Schutte KK. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. J Consult Clin Psychol. 2005 Aug;73(4):658–66.
169. Ladouceur R, Freeston MH, Rhéaume J, Dugas MJ, Gagnon F, Thibodeau N, et al. Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. J Abnorm Psychol. 2000;109(2):179–87.

170. Rosa-Alcázar Á, García-Hernández MD, Parada-Navas JL, Olivares-Olivares PJ, Martínez-Murillo S, Rosa-Alcázar AI. Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021 May 1;21(2).
171. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. Compr Psychiatry. 2020 Jul 1;100.
172. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. Vol. 129, Psychological Bulletin. 2003. p. 216–69.
173. Wang Y, Hong A, Yang W, Wang Z. The impact of childhood trauma on perceived stress and personality in patients with obsessive-compulsive disorder: A cross-sectional network analysis. J Psychosom Res. 2023 Sep 1;172:111432.
174. Palermo S, Marazziti D, Baroni S, Barberi FM, Mucci F. The relationships between obsessive-compulsive disorder and psychosis: an unresolved issue Clinical Neuropsychiatry. Clin Neuropsychiatry. 2020;17(3):149–57.
175. Van Dael F, Van Os J, De Graaf R, Ten Have M, Krabbendam L, Myin-Germeys I. Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2025 Feb 1];123(2):136–46. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2010.01609.x
176. Lin A, Wigman JTW, Nelson B, Vollebergh WAM, Van Os J, Baksheev G, et al. The relationship between coping and subclinical psychotic experiences in adolescents from the general population-a longitudinal study. Psychol Med. 2011;41(12):2535–46.
177. Myin-Germeys I, Van Os J, Schwartz JE, Stone AA, Delespaul PA. Emotional Reactivity to Daily Life Stress in Psychosis. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2025 Jan 19];58(12):1137–44. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481870
178. Ames CS, Jolley S, Laurens KR, Maddox L, Corrigall R, Browning S, et al. Modelling psychosocial influences on the distress and impairment caused by psychotic-like experiences in children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2014 Dec 11 [cited 2025 Feb 8];23(8):715–22. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-013-0500-0
179. Pignon B, Schürhoff F, Szöke A, Geoffroy PA, Jardri R, Roelandt JL, et al. Sociodemographic and clinical correlates of psychotic symptoms in the general population: Findings from the MHGP survey. Schizophr Res. 2018 Mar 1;193:336–42.
180. Guillén-Font MA, Cervera M, Puigoriol E, Foguet-Boreu Q, Arrufat FX, Serra-Millàs M. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics. J Psychiatr Pract [Internet]. 2021 Nov 5 [cited 2025 Feb 6];27(6):427–38.

Available from: https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/fulltext/2021/11000/insight_in_obsessive_compulsive_disorder_.4.aspx

181. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. Insight in obsessive–compulsive disorder: a study of an Italian sample. European Psychiatry [Internet]. 2002 [cited 2025 Feb 6];17(7):407–10. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/insight-in-obsessivecompulsive-disorder-a-study-of-an-italian-sample/8E4F0844849B359F3E5B81014DF6E0C6
182. Jacob ML, Larson MJ, Storch EA. Insight in adults with obsessive–compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2014 May 1;55(4):896–903.
183. EB F, MJ K, WK G, E H, MA J, SA R. DSM-IV Field Trial: Obsessive-Compulsive Disorder. Am J Psychiatry [Internet]. 1995 Jan 1 [cited 2024 Aug 9];152(1):90–6. Available from: https://europepmc.org/article/med/7802127
184. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-Compulsive Disorder With Poor Insight. 2002;
185. Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, Tekkanat C, Varma G, Ozdel O, et al. Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison. Psychiatry Res. 2009 Jan 30;165(1–2):38–46.
186. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? J Anxiety Disord. 2010 Mar 1;24(2):231–7.
187. Shimshoni Y, Reuven O, Dar R, Hermesh H. Insight in obsessive-compulsive disorder: A comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2011 Sep 1;42(3):389–96.
188. Van Rossum I, Dominguez MDG, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Affective Dysregulation and Reality Distortion: A 10-Year Prospective Study of Their Association and Clinical Relevance. Schizophr Bull [Internet]. 2011 May 1 [cited 2024 Dec 25];37(3):561–71. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp101
189. Wigman JTW, Van Nierop M, Vollebergh WAM, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, et al. Evidence That Psychotic Symptoms Are Prevalent in Disorders of Anxiety and Depression, Impacting on Illness Onset, Risk, and Severity—Implications for Diagnosis and Ultra–High Risk Research. Schizophr Bull [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2024 Dec 25];38(2):247–57. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbr196
190. Guloksuz S, Van Nierop M, Lieb R, Van Winkel R, Wittchen HU, Van Os J. Evidence that the presence of psychosis in non-psychotic disorder is environment-dependent and mediated by severity of non-psychotic psychopathology. Psychol Med. 2015 May 4;45(11):2389–401.
191. Stochl J, Khandaker GM, Lewis G, Perez J, Goodyer IM, Zammit S, et al. Mood, anxiety and psychotic phenomena measure a common psychopathological factor. Psychol Med. 2015 May 28;45(7):1483–93.

192. Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2025 Jan 16];128(5):327–46. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12080
193. Van Rossum I, Dominguez MDG, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Affective Dysregulation and Reality Distortion: A 10-Year Prospective Study of Their Association and Clinical Relevance. Schizophr Bull [Internet]. 2011 May 1 [cited 2025 Jan 13];37(3):561–71. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp101
194. Nishida A, Tanii H, Nishimura Y, Kajiki N, Inoue K, Okada M, et al. Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathologies among Japanese early teens. Schizophr Res. 2008 Feb 1;99(1–3):125–33.
195. Sullivan SA, Wiles N, Kounali D, Lewis G, Heron J, Cannon M, et al. Longitudinal Associations between Adolescent Psychotic Experiences and Depressive Symptoms. [cited 2024 Dec 26]; Available from: www.plosone.org
196. Saha S, G. Scott J, Varghese D, McGrath J. The association between general psychological distress and delusional-like experiences: a large population-based study. Schizophr Res [Internet]. 2011 Apr [cited 2025 Feb 19];127(1–3):246–51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21239145/
197. Scott J, Welham J, Martin G, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, et al. Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. Acta Psychiatr Scand. 2008 Sep;118(3):230–7.
198. Bir Y, Ortama S, Sürecinde U, Yaşantılar P, Binbay T, Misir E, et al. Türk Psikiyatri Dergisi 2016;27().

8. ÖZGEÇMİŞ

I – Bireysel Bilgiler

Adı – Soyadı: Ezgi TÜRKOĞLU KARAKAŞ

Doğum yeri ve tarihi: Ankara, 1994

Uyruğu: TC

Yabancı dili: İngilizce

II – Eğitim

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (2020-2025)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012-2019)

Ayrancı Anadolu Lisesi (2008-2012)

III – Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

IV- Mesleki Deneyimi

T.C. Sağlık Bakanlığı Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi, Acil Servis, Pratisyen hekim (2019)

S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Asistan hekim (2020-2025)

9. EKLER

EK–1: ARAŞTIRMA ETİK KURUL BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

28.06.2024

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 28.06.2024
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2024/06
PROJE/ KARAR NO : 2024-347 (Değerlendirilme Tarihi: 28.06.2024)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Asistan Dr. Ezgi TÜRKOĞLU KARAKAŞ ve Uzm. Dr. Mehmet KOÇER'in yardımcı araştırmacı oldukları, 2024/347 kayıt numaralı, **"Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres ile İlişkisinin İncelenmesi"** başlıklı tıpta uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
12	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
13	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
14	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Doç. Dr. Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135-6136

EK-2: SUAM BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU VE EĞİTİM PLANLAMA KURULU ONAYI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK)
KARAR DEFTERİ

KARAR TARİHİ: 08.05.2024
KARAR NO: 10

1. GEAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Aylin VAR'**ın 22.04.2024 tarihli, SAYI:50687469.929.241930618 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Akciğer Tüberkülozunun Laboratuvar Tanısında Xpert MTB/RIF Ultra Testinin Dışkı Örneklerinde Tanısal Performansının Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
2. GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Ömer YETİMOĞLU**'nun 22.04.2024 tarihli, SAYI:50687469.929.241949470 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Pulmoner Venöz Sistem Varyasyonlarının Bt Anjiyografi İle Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
3. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Mustafa KAPAN**'ın 26.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.929.242288599 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Ergenlerde Duygu Düzenleme Zorlukları ve Dürtüselliğin Suisidalite İlişkisinin İncelenmesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
4. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünün 25.04.2024 tarihli, SAYI: 90739940.799.242186532 sayılı ve "Songül BOZTAŞ'ın (Tez Çalışması)" konulu **Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Songül BOZTAŞ'ın "Hemşirelerin Seslilik Davranışlarının Bir Belirleyicisi Olarak Yönetici Hemşirelerin Transformasyonel Liderliği"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile incelenmiş olup, araştırma konusu ile ilgili olarak idari hususları içermesi nedeniyle araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmemiştir.**
5. GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Ezgi TÜRKOĞLU KARAKAŞ**'ın 30.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.619.242569082 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres İle İlişkisinin İncelenmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
6. GEAH İç Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Hüseyin BİBER**'in 25.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.929.242135985 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda SGLT-2 İnhibitörü veya DPP-4 İnhibitörü Kullanımının Uyku Kalitesi, Depresyon ve Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Semptomlarına Etkisinin Karşılaştırılması"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
7. GEAH Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Nurlan NABİYEV**'in 25.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.929.242164940 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Alopesi Areata Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri, Bu Özelliklerin Prognozla İlişkisi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
8. GEAH Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Kasım Kürşat BATAŞ**'ın 26.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.929.242290342 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Kalça Kırığı Tanısıyla Proksimal Femur Çivisi (PFN) Uygulanan Yaşlı Hastalarda Gizli Kan Kaybına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
9. GEAH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr. Cansel AZİZAĞAOĞLU**'nun 30.04.2024 tarihli, SAYI: E-50687469.929.242494602 sayılı "Tez Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve **"Regresyonu Olan ve Regresyonu Olmayan Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların Optik Koherens Tomografi İle Retina Sinir Lifi Tabakası Ölçümlerinin Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

EK-3: TEZ KONUSU ONAY BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.05.2024-360501

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--360501 21.05.2024
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 14.05.2024 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 86 (seksen altı) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili olarak oybirliği ile alınan kararlar Ek'tedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSDLC29BY7* Pin Kodu :51062 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Ünvanı: Uzman

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. 1/2

			17, GFAP ve S100-B düzeyleri ile değerlendirilmesi	
47	Dr.Hande Nur DOĞANAY	Ankara Şehir SUAM	Pelvik Organ Sarkması Olan ve Kolprafi Anterior Yapılan Hastalarda Preop ve Postop Dönem Klitoral Arter Kanlanması ve Cinsel Hayata Etkisinin Araştırılması	Kabul edildi.
48	Dr. Merve Gül KASIM	Ankara Şehir SUAM	Meme kanseri taramalarında saptanan mammografik mikrokalsifikasyonlar nedeniyle stereotaktik biyopsi uygulanan hastaların patoloji sonuçlarının değerlendirilmesi ve malignite ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi '	Kabul edildi.
49	Dr. Gökçen AKSOY	Ankara Şehir SUAM	Bakteriyel ve viral gastroenteritlerin klinik ve laboratuar özelliklerinin karşılaştırılması	Kabul edildi.
50	Dr. Reyhan İrem MUTLU	Ankara Şehir SUAM	Acil Serviste Obstrüktif Sarılık Tanısında Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografinin Karşılaştırılmasının Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
51	Dr. Abdullah Kusay GİRGİN	Ankara Şehir SUAM	Koroner arter baypas greft ameliyatı kararı verilen hastalarda periodontal hastalığın görülme sıklığı	Kabul edildi.
52	Dr. Kazım CEVİZ	Ankara Şehir SUAM	Üreteral erişim kılıfı çapı ve üreterde kalma süresinin üreteral darlık üzerine etkisinin domuz modelinde gösterilmesi"	Kabul edildi.
53	Dr. Ebru ŞATIR	Ankara Şehir SUAM	Leiomyon ve Leiomyosarkom ayrımında preoperatif hematolojik inflamatuar belirteçlerin değerlendirilmesinin hastalık ayrımındaki yeri ve yararı	Kabul edildi.
54	Dr. Melike Nur KARATEPE	Ankara Şehir SUAM	Gelişimsel Kalça Displazisi ile Maternal ve Prenatal Tarama Parametreleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
55	Dr. Yavuz ERTUĞRUL	Ankara Şehir SUAM	Subdural Hematomlarda Orta Meningial Arter Embolizasyon Tedavisinin Etkinliği ve Güvenliğinin Değerlendirilmesi'	Kabul edildi.
56	Dr. Kaan AYGÜN	Ankara Şehir SUAM	Tek Seviye Lomber Disk Hernilerinde Koter Kullanımının Kas Hacmi ve Kronik Bel Ağrısı Üzerine Etkisi	Kabul edildi.
57	Dr.Özlem YILMAZ	Ankara Şehir SUAM	Gut Hastalarında Femoral Kartilaj Kalınlığının Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
58	Dr. Feyza Nur GENÇ	Ankara Şehir SUAM	Pop - Q Evrelemesinde pelvik organ prolapsusu olan hastalarda ,Modifiye Oxford Skalası Değerlerinin Cinsel Fonksiyonla İlişkisinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
59	Dr. Özer TUÇ	Ankara Şehir SUAM	Remifentanil ve Deksmedetomidinin Deneysel Modellemede Crush Hasarlama ve Renal Fonksiyonlar Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
60	Dr.Kasım Kürşat BATAŞ	GTF Ortopedi ve Trav.AD.Bşk.lığı	Kalça kırığı tanısıyla praksimal femur çiviş (PFN) uygulanan yaşlı hastalarda gizli kan kaybına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
61	Dr.Merve DURSUN	GTF Hava ve Uzay Hek AD.Bşk.lığı	Uluslararası seyahat eden Türk yolcularda sıtma ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
62	Dr.Ezgi TÜRKOĞLU KARAKAŞ	GTF Ruh Sağ ve Hst.AD.Bşk.lığı	Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda psikoz benzeri yaşantıların başa çıkma tutumları ve algılanan stres ile ilişkisinin incelenmesi	Kabul edildi.
63	Dr.Sevim Öykü TUNÇ	GTF Ruh Sağ ve Hst.AD.Bşk.lığı	Suisid Girişimi öyküsünü olan ve olmayan majör defresif bozukluk olan hastalarda üstbiliş özelliklerinin incelenmesi	Kabul edildi.
64	Dr.İsa DAĞLI	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Aşırı aktif mesane nedeniyle b-3 agonist verilen hastaların kişilik özelliklerinin tedavi başarısına etkisi	**Kabul edilmedi:** Tez Konusu onay formunun 3-6 ve 10-13. Maddeleri içeren sayfaları eksik olduğundan

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres ile ilişkisinin incelenmesi
Danışman Araştırıcının Adı: Prof. Dr. Kamil Nahit Özmenler
Yardımcı Araştırıcının Adı: Uzm.Dr.Mehmet Koçer
Sorumlu Araştırmacının Adı: Araştırma Görevlisi Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş

‘‘Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres ile ilişkisinin incelenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Kamil Nahit Özmenler danışmanlığı altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Araştırmanın amacı: Bu araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan hastaların olası psikoz benzeri yaşantılarını, başa çıkma tutumlarını ve algılanan stres düzeylerini ve psikoz benzeri yaşantıların, başa çıkma tutumları ve algılanan stres ile ilişkisini ,ruhsal açıdan sağlıklı bireylere göre kıyaslayarak incelemektir.*
- *Çalışmaya; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine müracaat eden kişiler arasından DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ve psikiyatrik hastalığı olmayan, sosyodemografik özellikler açısından benzer özelliklere sahip, çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin dahil edilmesi planlanmıştır.*

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?
Çalışmaya dahil olmayı kabul etmeniz durumunda bilgi toplamak amacıyla araştırıcı tarafından katılımcılara ; SCID-5(klinisyen tarafından gerekli görülürse), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği (TPYÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Algılanan Stres

Ölçeği-10 (ASÖ-10), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanacaktır.

- Araştırmanın süresi; etik kurul alınmasından itibaren 7,5 ayda bitirilmesi planlanmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Çalışmaya dahil olmanız durumunda sizi herhangi bir risk veya rahatsızlık beklememektedir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Bu Araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastaların deneyimlediği psikoz benzeri yaşantıların, sağlıklı kontrollerden yüksek gözlenmesi halinde, bu yaşantıların, başa çıkma tutumları ve stres algısı ile ilişkisinin daha iyi anlaşılması, bu yönde daha etkin destek ve tedavi seçenekleri sunulmasını amaçlıyoruz.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş
GÖREVİ : Araştırma Görevlisi
TELEFON : 0312 304 4501

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.
Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.
Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.
Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).
Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Ezgi Türkoğlu Karakaş, Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 0312 304 4501 'den arayabileceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.
İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

EK-5: SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih: Görüşmeci:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU:

Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Psikoz Benzeri Yaşantıların Başa Çıkma Tutumları ve Algılanan Stres ile İlişkisi

1. Ad-Soyad :……
2. Doğum Tarihi :……..
3. Boy ve kilo :……
4. Cinsiyet ◯ Kadın ◯ Erkek
5. Medeni Durum ◯ Bekar ◯ Evli ◯ Ayrılmış/Dul
6. Meslek :……
7. Çalışma Durumu ◯ Çalışmıyor ◯ Çalışıyor ◯ Kısmi çalışıyor
9. Eğitim durumu ◯ Yok ◯ İlkokul ◯ Ortaokul ◯ Lise ◯ Yükseköğretim
10. Yaşadığı yer ◯ İl merkezi ◯ İlçe merkezi ◯ Köy
11. Kiminle yaşıyor ◯ Aile ◯ Anne-baba ◯ Yalnız ◯ Diğer……
12. Ekonomik Durum ◯ Geliri giderinden az ◯ Geliri gideri ile eşit ◯ Geliri giderinden fazla
13. Sigara Kullanımı ◯ Yok ◯ Varsa sayısı……
14. Alkol Kullanımı ◯ Yok ◯ Sosyal ◯ Haftalık ◯ Günlük
15. Madde Kullanımı ◯ Yok ◯ Varsa türü ve sıklığı……
16. Özkıyım girişimi öyküsü

    ◯ Yok ◯ Var (ise sayısı ……..)

17. Daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı ?

    ◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz……..)

18.Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz ?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz……)

19. Daha önce hiç psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördünüz mü ?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz…….....)

20.Ailenizde tanı almış psikiyatrik hastalığı olan var mı ?

◯ Hayır ◯ Evet (ise belirtiniz……)

EK-6: TOPLUMDA PSİŞİK YAŞANTILARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CAPE-TPYÖ)

CAPE (TPYÖ) **(EU-CAPE)**

Çalışma: EU GEI	**Doğum Tarihi**
Katılımcı Numarası: |_|_|**EU**|_|_| - |_|_|_|_|	|_|_|-|_|_|-|**1**|**9**|_|_|
Zaman Aralığı: Hayat Boyu	**Dönem– Tekrar** |**0**|_|-|**0**|_|
Görüşmeci	**Tarih** |_|_|-|_|_|-|**2**|**0**|_|_|

Ölçek ile ilgili açıklamalar:

CAPE belirli duygular, düşünceler ve zihinsel deneyimleri ölçmek için geliştirilmiştir. Bu duygu, düşünce ve zihinsel deneyimlerin toplumda daha önce varsayılandan çok daha yaygın olduğunu ve pek çok insanın bunlara benzer duygu, düşünce ve/veya zihinsel deneyimleri hayatlarının bir kısmında yaşadığını düşünüyoruz.

Sonraki sayfalar A ve B sütunlarına ayrılmıştır. A sütununda belirli duygu düşünce ya da zihinsel deneyimlerin **hayatınız boyunca** hangi sıklıkla yaşadığınızı belirtebilirsiniz. Lütfen en uygun olanın yanına işaret koyunuz.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Eğer hayatınızda bu duygu, düşüncelerden dolayı zorlandığınız birden fazla dönem olduysa, lütfen en kötü zamanı düşünerek cevaplayınız.

Eğer "hiçbir zaman" ı işaretlediyseniz, lütfen bir sonraki soruya geçiniz.

Eğer "bazen", "sıklıkla" veya "neredeyse her zaman"ı işaretlediyseniz, lütfen B sütununda bu deneyim nedeniyle ne kadar sıkıntı yaşadığınızı, zorlandığınızı belirtiniz.

Hayatınız boyunca bu duygu, düşünce ve deneyimleri hangi sıklıkta yaşadınız?

bu deneyim nedeniyle ne kadar sıkıntı yaşadığınızı, zorlandığınızı belirtiniz :

	Sütun A				Sütun B			
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeise her zaman	Sıkıntı yok	Biraz sıkıntı	Belirgin sıkıntı	Çok sıkıntı
1. Kendinizi üzgün hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
2. İnsanların sizin hakkınızda imalarda bulunduğunu veya farklı anlamlara çekilebilecek sözler söylediklerini hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
3. Hayat dolu bir insan olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
4. Başkalarıyla konuşurken pek konuşkan birisi olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
5. Dergilerde ya da televizyonda gördüğünüz şeylerin özel olarak sizin için yazıldığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
6. Bazı insanların göründükleri gibi olmadıklarını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
7. Herhangi bir şekilde size kötülük ediliyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
8. Önemli olaylar karşısında hiç duygulanmadığınızı ya da çok az duygulandığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
9. Her konuda kötümser olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
10. Size karşı bir komplo kurulduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
11. Çok önemli birisi olacağınızın alın yazınızda olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
12. Hiçbir geleceğiniz yokmuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
13. Çok özel ya da sıra dışı bir kişi olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
14. Artık yaşamak istemiyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
15. İnsanların zihinden zihine iletişim kurabildiğini düşündüğünüz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
16. İnsanlarla birlikte olmaya ilgi duymadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
17. Bilgisayar gibi elektrikli aletlerin düşüncelerinizi etkileyebileceğini hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
18. Birşeyler yapma konusunda hevesli olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
19. Sebepsiz yere ağladığınız olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
20. Büyüye, cincilere veya medyumların gücüne inanır mısınız?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

Hayatınız boyunca bu duygu, düşünce ve deneyimleri hangi sıklıkta yaşadınız?

bu deneyim nedeniyle ne kadar sıkıntı yaşadığınızı, zorlandığınızı belirtiniz :

	Sütun A				Sütun B			
	Hiçbir zaman	Bazen	**Sıklıkla**	Neredeise her zaman	**Sıkıntı yok**	Biraz **sıkıntı**	Belirgin **sıkıntı**	**Çok sıkıntı**
21. Enerjinizin kalmadığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
22. İnsanların size görünümünüz nedeniyle tuhaf tuhaf baktığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
23. Zihninizin bomboş olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
24. Sanki size ait düşünceler zihninizden çekilip alınıyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
25. Günlerinizi hiçbir şey yapmadan boşa geçirdiğinizi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
26. Kafanızdaki düşünceler size ait değilmiş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
27. Duygularınızın yeterince yoğun olmadığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
28. Hiç düşünceleriniz, başkaları tarafından işitilecek diye endişe edeceğiniz kadar canlı olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
29. İçten, doğal olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
30. Kendi düşüncelerinizi yankı yapar gibi işittiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
31. Kontrolünüzün sizin değil de başka bir gücün elinde olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
32. Duygularınızın körelmiş olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
33. Yalnızken sesler duyduğunuz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
34. Yalnız kaldığınızda birbiriyle konuşan sesler işittiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
35. Dış görünümünüzü ya da kişisel temizliğinizi ihmal ettiğinizi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
36. İşleri hiçbir zaman yoluna koyamayacağınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
37. Hobilerinizin az ya da ilgi alanlarınızın kısıtlı olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
38. Kendinizi suçlu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
39. Başarısız biri olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
40. Gergin hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
41. Bir başkası, bir yakınınızın kılığına girmiş gibi hissettiğiniz olur mu?(ailenizden birinin, bir arkadaşınızın ya da bir tanıdığınızın)	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
42. Hiç diğer insanların göremediği nesneleri, kişileri ya da hayvanları gördüğünüz olur mu	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

EK-7: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım
3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.
1( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
5. Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
7. Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
13. Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
18. Allah`ın yardımını umarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
19. Bir eylem planı yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
23. Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4()
24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
28. Duygularımı dışarı vururum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
36. Sorunla ilgili şaka yaparım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
37. İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek dobra dobra bir tavır takınırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
52. Neler hissettiğim konusunda biriyle konuşurum.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )

EK-8: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ-10 (ASÖ-10)

Algılanan Stres Ölçeği – 10 (ASÖ-10)

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelendiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK-9: YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az), veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat), veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat), veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla), veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır, iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının "rahatsız edici' olduğunu kabul etmelerine karşın 'anksiyete' yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESİ

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor), veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlükle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır): Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözükmüyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız göründüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECESİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme. 4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolu dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolu dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısal bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlevlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlevlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0' dan (hastalığın olmama durumu), 6' ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok. 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor. 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor. 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var. 3: Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var. 5: Epeyce iyileşme var. 6: Çok fazla iyileşme var

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir. 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir. 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

EK-10: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:_____**Tarih:**_____

1) **Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**
   - 0- Yok
   - 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
   - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
   - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
   - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) **Suçluluk duyguları**
   - 0- Yok
   - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
   - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
   - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
   - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) **İntihar**
   - 0- Yok
   - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
   - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
   - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
   - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) **Uykuya dalamamak**
   - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
   - 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
   - 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) **Geceyarısı uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
   - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 punla değerlendirilir.)

6) **Sabah erken uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
   - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) **Çalışma ve aktiviteler**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
   - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
   - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
   - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) **Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)**
   - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
   - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
   - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
   - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
   - 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok
1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.
1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok
1- Hafif
2- Ilımlı
3- Şiddetli
4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok
1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok
1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok
1- Hafif
2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok
1- Kuruntulu.
2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.
1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK-11: HAMİLTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)

HAMİLTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İsim:_____Tarih:_____

0- **Yok**
1- **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2- **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3- **Şiddetli** (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4- **Çok şiddetli** (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

1) Anksiyeteli mizaç (Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2) Gerilim (gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3) Korkular (karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4) Uykusuzluk (uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5) Entellektüel (kognitif) (konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6) Depresif mizaç (ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7) Somatik (ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8) Kardiyovasküler semptomlar (taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9) Solunum semptomları (göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10) Gastrointestinal semptomlar (yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11) Genitoüriner semptomlar (sık işeme, amenore, menorai, firidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12) Otonomik semptomlar (ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13) Görüşme sırasındaki davranış (yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

TOPLAM PUAN:
Psişik (1,2,3,5,6):
Somatik (4,7,8,9,10,11,12,13):